



## SCHEDA D'ISCRIZIONE

RINNOVO QUOTA € 30,00

NUOVO SOCIO € 30,00

Nome.....

Cognome.....

Istituto/Ente.....

Professione.....

Indirizzo per invio  
corrispondenza.....

CAP.....Città.....Prov.....

E-mail.....

C.F. / P.I. ....

### **INFORMAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE N. 675 DEL 31.12.96**

*Desideriamo informarVi che, ai sensi dell'art.10 della legge n. 675 del 31.12.96 sulla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", i Vostri dati personali già in ns. possesso, o che vorrete comunicarci, sono e saranno da noi trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando i Vostri diritti.*

*Ai sensi dell'art. 13 della legge sopra citata, i dati potranno essere cancellati a semplice richiesta da inviare alla Medi K presso la sua sede sociale.*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

DATI per il bonifico bancario

**ASSOCIAZIONE ROBERTO FARINI ONLUS**

c/o BANCA INTESA SANPAOLO

Via Manzoni – 20121 Milano (Filiale di Padova)

**IBAN CODE: IT 09K 0306909606100000008368**

Causale: ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE FARINI (COGNOME) (NOME)

Allegare via email o fax la copia del bonifico bancario

Sede Legale: c/o UOC Gastroenterologia, Direzione 2° piano Ospedale Giustiniano (ascensore 6)

Via Ospedale Civile, 3651 - 35121 Padova (PD) – C.F. 92020500283

Tel. 049 8212890 e-mail: [info@associazionefarini.it](mailto:info@associazionefarini.it)

[www.associazionefarini.it](http://www.associazionefarini.it)