

**Associazione Italiana Malati Epilessia
-onlus-**

Domanda di adesione

Cognome Nome.....
Nato a il
Residente in Via
Cap Prov. Codice Fiscale
Doc. d'identità N° rilasciato da
Tel. Cell.
e-mail

Nucleo familiare:

Cognome e nome	Dati anagrafici	cod. fiscale
.....
.....
.....
.....
.....

Ai sensi dell'art.10 della legge n. 675/96 esprimo il consenso al trattamento dei dati sopra esposti secondo le modalità espresse per il conseguimento degli scopi statutari della Associazione Italiana Malati Epilessia -onlus-

quote di adesione sottoscritte:

Iscrizione Titolare euro 25,00	N° 1
+	
Iscrizione per ogni Familiare euro 1,00 (facoltativa)	N°
.....	
Totale Versato sul C/C postale N° 21292479 -A.I.M.E.-onlus-	Euro
.....	

Firma del richiedente _____

N.B.: a norma dello Statuto (punto 4) l'adesione é subordinata all'accettazione da parte del Consiglio Direttivo.
I familiari indicati come componenti il nucleo, sono considerati aderenti all'associazione; hanno però diritto di voto solo se maggiorenni ed in regola con la quota di adesione prevista.