



## DOMANDA DI ADESIONE SOCIO

Il/La sottoscritto/a chiede di essere iscritto all'associazione **As.Ma.Ra. APS Malattia Rara Sclerodermia ed altre Malattie Rare "Elisabetta Giuffrè"**.

A tal fine dichiara i suoi dati personali ed autorizza l'Associazione a conservarli nella documentazione e nei "file" sociali ed a farne uso solo per gli scopi statutari.

- Socio Ordinario - quota euro 50€**       **Socio Sostenitore - quota euro \_\_\_\_\_**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Telefono/i \_\_\_\_\_

Luogo e data di  
nascita \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_

Fiscale \_\_\_\_\_

Presentato da \_\_\_\_\_

Hai una malattia rara? Se si indicare nome malattia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In famiglia ci sono persone con malattie rare? Se si indicare nome malattia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

Firma

Erogazione liberale: Socio Ordinario 50.00 euro - Socio Sostenitore da 50.00 a 100.00 euro

Corrisposta tramite **bonifico bancario** a favore di:

**AS.MA.RA APS Sclerodermia ed altre Malattie Rare "Elisabetta Giuffrè"**

Causale: Erogazione liberale e quota associativa

Sede operativa : Presso ROME AMERICAN HOSPITAL - Via Emilio Longoni ,75 ,00155 Roma

Tel.3343730330-Presidente:3341577615

e-mail: [as.ma.ra-onlus@live.it](mailto:as.ma.ra-onlus@live.it) - [info@asmaraaps.it](mailto:info@asmaraaps.it) - [mariapiasozio@libero.it](mailto:mariapiasozio@libero.it) - [www.asmaraaps.it](http://www.asmaraaps.it)

**C.F.:97546030582 - BLU BANCA - IBAN: IT37 U034 4103 203C C030 0523 122**