

**Associazione ONLUS**  
**NAZIONALE ITALIANA FARMACISTI**

# ***MODULO D'ISCRIZIONE***

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Farmacia di riferimento \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Telefono Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Dichiara di iscriversi all'Associazione per l'anno

In qualità di

- |                   |                          |                                  |
|-------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Socio Ordinario   | <input type="checkbox"/> | (quota per l'anno in corso 100€) |
| Socio Studente    | <input type="checkbox"/> | (quota per l'anno in corso 50€)  |
| Socio Sostenitore | <input type="checkbox"/> | (quota per l'anno in corso 50€)  |

Li

In fede

\_\_\_\_\_

Salvi i diritti di cui agli artt. 7,8,9 e 10, D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, si precisa che i dati raccolti potranno essere utilizzati al fine di informarLa in merito a prossime iniziative, fino a Sua esplicita opposizione inhibitoria.