Al Presidente del Consiglio Direttivo CRAL ASL PESCARA

Il/la sottoscritt…… Nat…

a……il ……. Domiciliat……

a…….prov……CAP…… In

Via/Piazza……n.c……

N°tel……N°FAX…….. e-

mail…….

Con la presente chiede di essere iscritt….. al CRAL Dipendenti ASL PESCARA come **socio aggregato** ed a tal fine dichiara che si atterrà allo Statuto ed alle deliberazioni adottate dagli Organi Sociali.

La quota è di **€ 30,00 per anno solare con decorrenza dal 1° gennaio**, da versare a mezzo bonifico bancario **IBAN** IT66F0542415410000000112685 con causale "**quota iscrizione Socio Aggregato**".

Il presente modulo, unitamente alla ricevuta del bonifico, va inviato via mail al nostro indirizzo cralauslpe@gmail.com

La presente iscrizione decorre dal……, e si rinnovera' alla naturale scadenza del 31 dicembre c.a. previa volontà di riconferma da parte del socio e versamento della quota prevista.

Potrà essere revocata con comunicazione scritta da inviare al Consiglio Direttivo. Data……

Firma…….. Socio

presentatore: _____

Autorizzazione ai sensi della legge 675/96

I dati personali forniti saranno inseriti nell'archivio del CRAL che li utilizza anche tramite soggetti all'uopo incaricati esclusivamente per gli scopi consentiti dallo Statuto, per l'invio di comunicazioni, materiale informativo ed inviti relativi ad iniziative e/o manifestazioni inerenti l'attività sociale. Si garantisce che in qualsiasi momento ai sensi della L.675/96, potrà essere esercitato il diritto di accesso, modifica,integrazione,cancellazione od opposizione all'utilizzo dei dati stessi.

Firma……