



Domanda di Ammissione a Socio – AMICO MEDICO ETS

Spett.le
AMICO MEDICO ETS
Corso Vittorio Emanuele II n. 147
65121 Pescara (PE)
C.F. 91108280685

Oggetto: **Domanda di ammissione in qualità di socio**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale: _____

Residente in: _____

Via/Piazza: _____ n. _____ CAP _____

Telefono: _____

E-mail / PEC: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a quale socio di AMICO MEDICO ETS.

A tal fine dichiara:

1. di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione e di accettarlo integralmente, impegnandosi a rispettarne le disposizioni e le deliberazioni degli organi sociali;
2. di condividere le finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale perseguite dall'Associazione;
3. di impegnarsi a versare la quota associativa annuale nella misura e nei termini stabiliti dal Consiglio Direttivo;



4. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) per finalità connesse alla gestione del rapporto associativo.

Recapito per comunicazioni associative: _____

Luogo e data: _____

Informativa Privacy sintetica:

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e presta il consenso al trattamento dei dati per finalità istituzionali, amministrative e associative.

Firma del richiedente

Spazio riservato al Consiglio Direttivo

Domanda esaminata in data ____ / ____ / _____

Accolta

Non accolta

Decorrenza ammissione: ____ / ____ / _____

Il Presidente _____

Il Segretario _____
