



A.C.T.I. CAMPANIA
Associazione Cardio Trapiantati Italiani

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ N. _____ Tel. _____
Cell. _____ e-mail _____
Cod.fisc. _____ in qualità di (1) _____

C H I E D E
di essere iscritto all' A.C.T.I. Campania,
accettandone lo Statuto,
per l'anno 2024

Per gli scopi associativi, si impegna a versare la quota annuale sottoindicata (2) con il metodo indicato sulla opportuna pagina del sito web della Associazione:
www.acti-campania.it

- € 10,00 Socio prima iscrizione
 € 10,00 Rinnovo socio ordinario
 € _____ Socio sostenitore (per attività istituzionali)

_____ li _____ data _____ Firma _____
Luogo

Il sottoscritto dà atto di aver ricevuto l'informativa sull'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e consente il loro trattamento per il solo perseguimento degli scopi statuari della Associazione

_____ li _____ data _____ Firma _____
Luogo

- (1) Trapiantato o Cardiopatico; Coniuge, figlio o genitore di Trapiantato o Cardiopatico; o altro (specificare).
(2) Barrare la casella opportuna.

La presente richiesta, compilata a stampatello, deve essere consegnata o spedita al Consiglio Direttivo dell'A.C.T.I. Campania all'indirizzo e-mail segreteria@acti-campania.it oppure a mezzo fax al n. 08136177134. In conformità all'art.9 dello Statuto, lo stesso Consiglio delibera l'iscrizione definitiva che si è già perfezionata provvisoriamente con il pagamento della quota associativa. L'eventuale diniego di iscrizione all'Associazione verrà comunicato all'interessato con contestuale rimborso della quota.