



Al Presidente dell'Onlus

Informazioni Personali:

Io sottoscritto/a: _____
Cognome *Nome*

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in: _____
Indirizzo *Numero*

Città *Stato* *C.A.P.*

Luogo di nascita: _____ Data: | | | | |

Email: _____ Telefono: _____

Chiede di iscriversi in qualità di SOCIO all'Istituto di Medicina Solidale ONLUS, Ente Morale, e contestualmente si impegna a versare la quota annuale di adesione di Euro 20 (venti) in qualità di Socio Ordinario sul nostro conto bancario intestate a:

Istituto di Medicina Solidale ONLUS - ente morale BANCA PROSSIMA IBAN: IT09 V 03359 01600 100000072326 Intestato a " Istituto Medicina Solidale Onlus" Specificare nella causale: "Iscrizione Medicina Solidale Onlus annualità"

Informativa per la privacy:

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 I dati personali raccolti sono trattati, con strumenti manuali e informatici, per finalità amministrative conseguenti il versamento di contributi a sostegno dell'associazione, per l'invio della pubblicazione periodica e per la promozione e la diffusione di iniziative dell'associazione. Il conferimento dei dati è facoltativo; il mancato conferimento o il successivo diniego al trattamento dei medesimi non consentirà di effettuare le operazioni sopra indicate. I dati personali raccolti potranno essere conosciuti solo da personale specificamente incaricato delle operazioni di trattamento e potranno essere comunicati a terzi ai quali sono affidati la predisposizione e l'invio della pubblicazione periodica. I dati trattati non saranno diffusi. Titolare del trattamento è Istituto di Medicina Solidale Onlus, Via Alberico II n. 4, 00193 Roma, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore. Responsabile del trattamento è la dott.ssa Lucia Ercoli alla quale è possibile rivolgersi, all'indirizzo info@medicinasolidale.org, per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, tra i quali quelli di consultare, modificare, cancellare, opporsi al trattamento e conoscere l'elenco aggiornato degli altri responsabili.

Data: _____

Firma: _____