

MODULO DI ISCRIZIONE

Il \ la sottoscritt _____ nat_ a _____ (_)

Il ___ \ ___ \ ___ e residente a _____ (___) Via \ P. _____ n° ___

Tel: _____ \ _____ Cod. Fisc./Partita iva _____

in qualità di _____ (es. Titolare, Preposto, Direttore, Amministratore, Legale Rappresentante, Socio Amministratore etc), presa visione dello statuto dell'Associazione e volendo condividerne doveri, obiettivi e finalità accetta l'iscrizione con il versamento della quota di € 20,00 a copertura dell'anno in corso.

Dati informativi Attività esercitata

Denominazione Azienda _____ P. IVA _____

L' Azienda ha sede in _____ (___) via \ piazza _____ n° ___

Eventuale recapito invernale _____ cap _____ tel _____

cell. _____ \ _____ N° Registro Imprese CCIAA _____

Per accettazione (timbro e firma)

firma Associazione

Data _____