

MODULO DI RICHIESTA ADESIONE SOCIO PROFESSIONISTA

IL/La sottoscritto/a
nato/a a.....Prov.....il/...../..... c.f.
residente in via comune di.....
tel: cell:..... e-mail:.....
professione.....

Requisiti richiesti:

Titolo di studi.....
Attestati professionali.....

dopo aver letto lo Statuto, consultabile sul sito www.brainmed.it, condividendo i principi dell'associazione e impegnandosi a versare la quota annuale associativa di € 270,00 (il versamento può essere effettuato sul C/C intestato all'associazione, Banca Sella - IBAN IT82L0326876271052441282190 oppure direttamente alla segreteria).

CHIEDE

di aderire all'Associazione Brain Med in qualità di socio professionista.

....., li...../...../.....

Firma

.....

Il richiedente dichiara di prestare ai sensi della legge 196/2003 il proprio consenso a che l'Associazione tratti i suoi dati personali, qui o altrove dichiarati, per le sole finalità di organizzazione, senza possibilità di trasferimento a terzi dei dati medesimi.

Firma

.....

Si allegano:

1. Copia documento di identità
2. Curriculum vitae
3. Foto
4. Attestati professionali