



ANPIF - Assobenessere in Farmacia
Associazione Nazionale Psicologi in Farmacia
Via Firenze, 5 - 30034 Mira
C.F. 90176580273

SCHEDA DI ADESIONE ALLA ASSOCIAZIONE " **ANPIF** "

Il/la sottoscritt

Nato/a a..... il..... e residente a..... via..... tel.....

CF..... , professione Titolo di studio.....

Indirizzo mail :

Specializzazione : Psicologo Psicoterapeuta

Iscrizione all'Albo : Sì numero Iscrizione Regione

No

chiede di essere ammesso quale socio dell'Associazione "ANPIF" e versa la quota di iscrizione

di euro **50,00** in qualità di socio ordinario.

e dichiara di accettare quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento della Associazione.

Per confermare la sua iscrizione, la preghiamo di procedere al pagamento seguendo queste modalità attive:

1. Bonifico Bancario : Iban : IT 78 E 02008 36182 000104526399. Codice fiscale : 901762580273

Intestato a : ANPIF "Associazione nazionale psicologi in farmacia e operatori di benessere"

CAUSALE: Iscrizione Associazione ANPIF

Le chiediamo di inviare la distinta di pagamento all'indirizzo mail lopsicologoelafarmacia@gmail.com .

La ringraziamo per essersi iscritto/a.

Ricevuta l' informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003, consento al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari, e con le modalità indicate nell' informativa medesima.

La presente a titolo di ricevuta dell'avvenuto versamento della quota di iscrizione.

Data e luogo

Nome Cognome..... Firma.....