

scheda di iscrizione

Cognome _____

Nome _____

Professione _____

Indirizzo _____

Città (CAP) _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Affetto da patologia SI NO

Patologia _____

Genitore di persona affetta da patologia SI NO

Patologia _____

Tel. _____

Fax _____

e-mail _____

Chiede di iscriversi a COMETA SARDEGNA

In qualità di socio _____

(specificare tipo di socio), versa la quota

di iscrizione annua di € _____

**sul C.C.B. 100.042 BNL - Agenzia Selargius
intestato a COMETA SARDEGNA**

**Il trattamento dei dati personali verrà effettuato nel rispetto delle norme
definite dalla legge n. 675/96 e successivi decreti legislativi**

Data _____

Firma _____