



## Domanda Adesione

Il/La sottoscritto/a chiede di essere iscritto all' "ASSOCIAZIONE ITALIANA XERODERMA PIGMENTOSO ".

A tal fine dichiara i suoi dati personali ed autorizza l'Associazione a conservarli nella documentazione e nei "file" sociali ed a farne uso solo per gli scopi statutari.

Socio Ordinario  Socio Sostenitore

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Telefono/i \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Presentato da \_\_\_\_\_

Data Firma \_\_\_\_\_

Erogazione liberale: Socio Ordinario € 10,00 - Socio Sostenitore da € 50,00

Corrisposta tramite bonifico bancario a favore di: "Associazione Italiana Xeroderma Pigmentoso "

Causale : Erogazione liberale e quota associativa

**IBAN: IT22W0103011502000010526079**

Via Aurelia 1185  
55041 Lido di Camaiore  
Tel.338/9826060 o 338/2547435  
e-mail: [associazionexpitalia@gmail.com](mailto:associazionexpitalia@gmail.com)  
C.F.: 91057080466