APSI

ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SELLA ITALIANO

MODULO DI ADESIONE ALL’ASSOCIAZIONE

Io sottoscritto (Nome e Cognome o Ragione Sociale)…………………………………………………………………………………………………………………….

Nato a .………………………………………………………………..il………………………………………………..,

residente in………………………………………………………………………………………………………………

numero di telefono…………………..............................

indirizzo e-mail…………………………………………………………………………………………………………

chiedo di essere associato all’ “Associazione Promozione Sella Italiano” per l’anno 2019

Dichiara di:

-Conoscere e rispettare lo statuto sociale dell’associazione

- Impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale di € 10,00

(il pagamento della quota può essere effettuato anche tramite un bonifico bancario alle seguenti coordinate

Codice IBAN: IT08M0503425200000000001654 Intestato a APSI)

Luogo e Data…………………………………………………………………………………………………

Firma………………………………………………………………………………………………………………