

ADESIONE A SOCI@ 2015

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE ONLUS



Medicina Democratica

NUOVA ADESIONE

BARRARE LA CASELLA OPPORTUNA

RINNOVO

Spett. associazione
MEDICINA DEMOCRATICA
Movimento di Lotta per la salute ONLUS
Via dei Carracci, 2
20149 - MILANO

www.medicinademocratica.org
segreteria@medicinademocratica.org
tel .02.49.84.678 fax 178.227.59.93
CODICE FISCALE: 97349700159

La/il Sottoscritto _____

Nat_ a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ via _____

CAP _____ Codice fiscale _____ tel. _____

E-mail _____ professione _____

DOMANDA

(in caso di rinnovo, cancellare la parte nel presente rettangolo)

di essere ammesso a far parte dell'Associazione **MEDICINA DEMOCRATICA -**
Movimento di lotta per la salute - Onlus - in qualità di socia/o.

Dichiara di essere a conoscenza e di osservare lo Statuto sociale e i regolamenti interni all'Associazione.

Si impegna a versare, contestualmente all'accettazione di questa domanda, la somma di:

50 €

Quota annuale sostenitore
con invio per il medesimo periodo
della rivista in formato cartaceo

35 €

Quota annuale ordinaria
con invio per il medesimo periodo
della rivista in formato cartaceo

10 €

Quota annuale rivolta solo
alle persone che lo richiedano
e che documentino il loro status
di appartenenti a categorie
svantaggiate
, ovvero disoccupati, cassintegrati,
esodati, lavoratori con
contratti "precarì" (cd "legge Biagi")
con invio della rivista per il medesimo
periodo in formato elettronico

**VERSAMENTO DA EFFETTUARE PRESSO LA SEZIONE LOCALE O CON BONIFICO BANCARIO:
IBAN: IT48 U055 8401 708 000 000 018 273 INTESTATO A MEDICINA DEMOCRATICA ONLUS
OPPURE CON BOLLETTINO POSTALE CCP: 1016620211 INTESTATO A MEDICINA DEMOCRATICA ONLUS -
IBAN POSTE:IT-02-K-07601-10800-001016620211**

Per una maggiore velocità ed una riduzione dei costi, tutte le informazioni inerenti la vita della associazione e le comunicazioni ai soci saranno inviate tramite mail all' indirizzo sopra indicato. Chiediamo di comunicare tempestivamente qualsiasi modifica dell' indirizzo e-mail o comunicarci volontà differente di ricezione delle informative (via posta) all'indirizzo: **segreteria@medicinademocratica.org** o via posta ordinaria alla sede di Milano.

LUOGO E DATA:

FIRMA _____

AREE DI COMPETENZA E/O INTERESSE:

Tutela dei dati personali (Privacy)

Autorizzo il trattamento dei dati personali ex D. Lgs. 196/2003. Medicina Democratica ONLUS utilizzerà questi dati per le sole finalità statutarie. Il titolare del trattamento a cui rivolgersi per aver conto dei propri dati è il presidente della associazione Medicina Democratica ONLUS con sede in via dei Carracci, 2 - 20149 Milano..

SE SONO STATI PRESI CONTATTI SUL TERRITORIO,
INDICARE LA SEZIONE DI APPARTENENZA:

FIRMA _____

INVIARE VIA FAX O E-MAIL.

NEL CASO DI NUOVA ADESIONE, SPEDIRE LA DOMANDA IN ORIGINALE ALLA SEDE DI MILANO