



**Fenice
Lazio
ODV**

*Spett.le FENICE – Sezione Lazio
Associazione per la cura e la riabilitazione
dei disturbi alimentari – ODV
Codice Fiscale 97541700585*

DOMANDA DI ADESIONE

(tutti i dati sono obbligatori)

Il/La sottoscritto/a (Cognome): _____ (Nome): _____

Nato/a a _____ il _____

C.F. _____

Residente in Via/Piazza _____

CAP _____ Località/Comune: _____ Prov. (sigla) _____

Tel: _____ Fax: _____

Indirizzo e-mail: _____

con la presente manifesta la propria volontà di aderire al Vostro sodalizio in qualità di associato.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto e preso visione dello statuto dell'associazione disponibile sul sito www.fenicelaziodv.org in tutti i suoi articoli, che si impegna a rispettare.

Il/La sottoscritto/a si impegna, all'atto dell'accettazione da parte del Consiglio Direttivo dell'Associazione FENICE - Sezione Lazio - ODV, a versare la propria quota di ingresso stabilita in € 50,00 con le seguenti modalità:

- con bollettino postale sul conto corrente postale N. 95341426 intestato a FENICE Sezione Lazio Associazione per la cura e la riabilitazione dei disturbi alimentari - ODV – Via della Stazione di S. Pietro, n. 40 – 00165 ROMA
- con bonifico bancario alle coordinate IT84 J076 0103 2000 0009 5341 426.

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì al versamento della quota annuale di sostegno deliberata dal Comitato Direttivo dell'Associazione e dovuta fino a rassegnazione di formali dimissioni dalla Qualità di associato del sodalizio.

Firma

Roma, li _____
