



DOMANDA DI ASSOCIAZIONE ZAMPE SENZA CONFINI ODV

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____ Residente in Via _____ n. ____
CAP _____ Comune _____ Prov. ____ Telefono _____ E-mail _____

 CHIEDE

di essere ammesso/a in qualità di socio/a all'Associazione ZAMPE SENZA CONFINI ODV

 QUOTA ASSOCIATIVA

Il/La sottoscritto/a si impegna a versare la quota associativa annuale di euro 15,00.

Il versamento potrà essere effettuato tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate:

Intestatario: Zampe Senza Confini ODV

Banca: Banca di Asti / Biverbanca – Agenzia N°6 di Vercelli

IBAN: **IT47 1060 8510 0070 0000 1003 131**

Causale: tessera associativa con il proprio cognome

 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), autorizzo il trattamento dei miei dati personali per finalità connesse alla gestione del rapporto associativo.

 FIRMA

Luogo e data _____ Firma del/la richiedente _____

N.B.

INVIARLA COMPILATA IN OGNI SUA PARTE ALLA E-MAIL: zampesenzaconfiniodv@gmail.com