

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Associazione Immunodeficienze
Primitive APS

Spettabile AIP APS,
c/o Casa delle Associazioni,
Via Giovanni Cimabue, 16
25134 Brescia

Si raccomanda di compilare in stampatello e inviare alla segreteria AIP tramite posta o via e-mail, oppure consegnare a un Socio.

Il sottoscritto chiede di iscriversi all'Associazione Immunodeficienze Primitive APS

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il __/__/__

C.F. _____ Centro di cura _____

Indirizzo postale completo

Via _____ Nr. civico _____ CAP _____

Comune _____ Prov. _____

Indirizzo e-mail _____ Tel. _____

Il sottoscritto conferma di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Interno dell'Associazione e di accettarli integralmente. Documentazione disponibile sul sito www.aip-it.org.

Il sottoscritto si impegna a versare la quota associativa annuale di € 20,00 tramite:



Addebito ricorrente annuale su conto corrente (compilare modulo allegato)

È possibile richiedere il rimborso del pagamento entro 8 settimane dall'addebito e recedere in qualsiasi momento



Versamento online su conto PayPal dell'Associazione con carta di credito o prepagata. Collegarsi al sito

www.paypal.com nella sezione personale, selezionare "invia denaro" e inserire l'e-mail dell'Associazione info@aip-it.org



Versamento su c/c postale n. 11643251 intestato a: Associazione Immunodeficienze Primitive APS



Versamento su c/c bancario B.C.C. Pontassieve - Agenzia Firenze Coverciano - Via G. D'Annunzio 25H/r
IBAN IT 81VO 8736 0280 2000 0006 20924

Si allega copia della ricevuta di versamento della quota associativa.

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| • Consenso al trattamento dei dati personali* | ☐ Acconsento | ☐ Non Acconsento |
| • Consenso per l'invio di materiale informativo | ☐ Acconsento | ☐ Non Acconsento |

Data _____

Firma _____

* Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria in quanto è necessario per la conclusione della domanda d'iscrizione e per lo svolgimento delle associative. L'eventuale rifiuto da parte dell'Interessato di conferire i dati personali o l'errato conferimento delle informazioni obbligatorie ha, pertanto, come conseguenza l'impossibilità di prosecuzione del rapporto (Informativa ex Art. 13/14 Regolamento UE n. 679/2016). La informiamo che i suoi dati personali saranno trattati per la gestione amministrativa e statutaria relativa alla sua adesione alla ns Associazione. Se ha prestato il consenso esplicito, tali dati saranno trattati anche per inviarle programmi o informative varie sulle nostre iniziative. La natura del conferimento dei suoi dati è essenziale per la sua adesione mentre per l'invio di materiale informativo è facoltativa. L'informativa completa è reperibile sul sito dell'Associazione all'indirizzo www.aip-it.org. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e 8 del Regolamento UE n. 679/2016, inviando apposita istanza scritta al nostro Responsabile dei Dati Personali (ed. DPO), Dott. Lapo Liguori, al seguente indirizzo mail: studio@lapoliguori.it oppure al nostro indirizzo e-mail info@aip-it.org, o all'indirizzo sotto indicato. Titolare del trattamento è Associazione Immunodeficienze Primitive APS, Cattedra di Clinica Pediatrica Università degli Studi di Brescia, Piazzale Spedali Civili, 1 - 25123 Brescia.

CONTATTI

+39 3510269978
info@aip-it.org
aip.onlus@pec.it
CF 98042750178
P.IVA 04115490981

SEDE LEGALE

c/o Cattedra di Clinica Pediatrica
Università degli Studi di Brescia
Piazzale Spedali Civili, 1
25123 Brescia (BS)
Iscritta nel RUNTS rep. n.113294 atto dir. n.1467/2023 del 16/05/2023

SEGRETARIA

c/o Casa delle Associazioni,
Via Giovanni Cimabue, 16
25134 Brescia (BS)


Seguici!



ADDEBITO RICORRENTE ANNUALE SU CONTO CORRENTE

Spettabile AIP APS,
c/o Casa delle Associazioni,
Via Giovanni Cimabue, 16
25134 Brescia

Riferimento del mandato - **compilazione a cura di AIP**[illegible]

Con la sottoscrizione del presente mandato il sottoscritto:

- autorizza AIP a disporre l'addebito sul proprio conto corrente, sottoindicato.
- autorizza la Banca del sottoscritto a eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite da AIP.

DATI RELATIVI AL SOTTOSCRITTO I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

**Nome e Cognome
/ Rag. Sociale ***

Nome e Cognome / Rag. Sociale

Indirizzo *

Via e n° civico

Codice postale

**Cod. Fiscale /
P.IVA ***

Località

Paese

Cod. Fiscale / P.IVA

IBAN *

[illegible]

IBAN del titolare del contro corrente

DATI RELATIVI AD AIP APS

Ragione Sociale: Associazione Immunodeficienze Primitive APS

Codice Identificativo: IT480010000004115490981

Sede Legale: c/o Cattedra di Clinica Pediatrica - Università degli Studi di Brescia Piazzale Spedali Civili, 25123 Brescia - Italia

DATI RELATIVI AL SOCIO

Da compilare nel caso in cui sottoscrittore pagante e socio non coincidano

Nome e Cognome / Rag. Sociale ***Cod. Fiscale / P.IVA ***

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal sottoscritto con la Banca stessa.

Il sottoscritto ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca previa richiesta da presentare entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Luogo e data sottoscrizione

Firma / e

Nota: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

CONTATTI

+39 3510269978
info@aip-it.org
aip.onlus@pec.it
CF 98042750178
P.IVA 04115490981

SEDE LEGALE

c/o Cattedra di Clinica Pediatrica
Università degli Studi di Brescia
Piazzale Spedali Civili, 1
25123 Brescia (BS)
Iscritta nel RUNTS rep. n.113294 a

SEGRETERIA

c/o Casa delle Associazioni,
Via Giovanni Cimabue, 16
25134 Brescia (BS)

n.1467/2023 del 16/05/2023

