

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.

I/Il sottoscritto/o

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____
Prov. _____ il ____/____/____
residente a _____ Prov. _____
in via/P.za _____ n. _____
C.F. _____
e-mail _____

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____
Prov. _____ il ____/____/____
residente a _____ Prov. _____
in via/P.za _____ n. _____
C.F. _____
e-mail _____

In qualità di Genitori/tutore/tutrice legale del/della minorenni:

nome e cognome _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
residente a _____ Prov. _____ in via/P.za _____ n. _____
C.F. _____

Chiede per conto del proprio figlio/a l'ammissione in qualità di socio all'Associazione Immunodeficienze Primitive APS

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 81V0 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/e _____

* 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!

