

MODULO ISCRIZIONE SCOCIO SOSTENITORE

ANAGRAFICA

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Telefono

Email

Indirizzo

DETTAGLI

Farmacista over 38

Iscritto all'ordine dei farmacisti di: Titolare/Collaboratore presso

Privato non farmacista

Professione:

Associazione/ Ente/ Società

Ragione Sociale, CF e/o P.IVA

PAGAMENTO

La quota associativa annuale è di **25 euro**

Il pagamento va effettuato mediante bonifico a:

CASSA PADANA B.C.C. - ASSOCIAZIONE GIOVANI FARMACISTI BRESCIANI

IBAN: IT27 H083 4054 5800 0000 2148 390

Causale: NOME - COGNOME - QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE

Luogo e Data

Firma

Copia del bonifico, modulo d'iscrizione e scheda di consenso al trattamento dei dati personali vanno inviati a info@agifarbrescia.it

Come previsto dall'art. 7 dello Statuto, possono presentare domanda di ammissione, come Sostenitori, i farmacisti che abbiano compiuto i 38 anni di età, tutti i privati non farmacisti, gli Enti, le Associazioni, le Società Commerciali ed Industriali desiderosi di favorire ed incrementare lo sviluppo di Agifar Brescia.