

scheda di adesione

da compilare e spedire in busta chiusa o via fax a:

Associazione italiana Pazienti RLS

Via Alberto da Giussano n° 17 – 20145 Milano

Codice Fiscale: 97461630150

Tel. 02.46518901 – Fax 02.48102003

e-mail: associazione.pazienti@associazionepazientirls.it

website: www.associazionepazientirls.it



Desidero diventare socio dell'Associazione Italiana Pazienti RLS

Nome Cognome Età

Via

CAP Località Prov.

Tel. Cell.

e-mail

Data Firma

In quanto:

affetto dalla malattia

medico

altro

familiare di un ammalato

operatore sanitario

Desidero iscrivermi come: Socio ordinario

Allego la ricevuta del versamento di **€ 20,00** intestato a:
ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI RLS - UFFICIO 38128 - MILANO 15 - c/c N. 81521890

Acconsento al trattamento dei miei dati personali nel rispetto del D.L. n° 196/2003 ed al loro utilizzo per i soli scopi associativi
I dati inviati saranno custoditi nel rispetto del DL n. 196/2003 e sarà possibile verificarne l'aggiornamento o chiederne la cancellazione scrivendo all'Associazione.
