

Persona fisica

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ in Via _____ n° _____
Prov. _____ CAP _____ Tel. cell.: (+39) _____
e-mail: _____@_____

Persona giuridica

Il/La Sottoscritto/a _____
In qualità di legale rappresentate dell'azienda _____
con sede legale in _____ alla via _____
Prov. _____ n° _____ CAP _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P.IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. cell.: (+39) _____
e-mail: _____@_____

Preso visione dello Statuto ed accettandone e condividendone gli scopi

CHIEDE

di aderire alla FONDAZIONE CARLO MENDOZZI ETS, con sede in Corso Garibaldi 195– 84122 Salerno in qualità di :

- Partecipante ordinario (25,00 €/annui - Limite massimo di età 35 anni)
- Partecipante ordinario (100,00 €/annui – oltre 35 anni)
- Partecipante volontario

Si dichiara disponibile a provvedere al pagamento per la formula prevista entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente modulo.

Dichiaro altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento GDPR 2016/679.

Data _____

Firma _____

Si prega di restituire il presente modulo (Mod. 1) e l'informativa privacy (Mod. 2) firmate ed in formato pdf a mezzo mail all'indirizzo segreteria@fondazionecarlomendozzi.org