Richiesta di ammissione socio

Ragione Sociale			**Partita I.V.A.**		
Sede Legale					
Indirizzo			**N.**	**Comune**	
C.A.P.	**Provincia**	**Telefono**	**Email**		**Codice ATECO**
Legale Rappresentante					
Nome e Cognome			C.F.		
Doc. Identità tipo e n.			Ente e Luogo Rilascio		Data rilascio
Telefono		Cellulare		Email	

chiede

all'Associazione CON.FORMA di essere ammesso come socio, accettandone contestualmente lo statuto, il regolamento e di assumere gli obblighi conseguenti, insieme ai relativi diritti. Si impegna, pertanto, a versare il contributo associativo annuale di **€ 120,00** tramite bonifico bancario sul c/c intestato **a "CON.FORMA CONFEDERAZIONE NAZIONALE DEI FORMATORI CONSULENTI DELLA SICUREZZA E DEI MEDICI C" presso la Banca CREDEM IBAN IT52B0303274790010001082098 con la causale "QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE".**

La quota associativa è calcolata sulla base dell'anno solare che decorre dalla data di versamento iniziale.

_____, lì___/___/_____ Il Richiedente_____

Esito ammissione (Art. 8 e 9 dello Statuto:

☐ Positivo ☐ Negativo

Data ___/___/_____

Il Presidente Il Segretario

_____ _____

Informativa per trattamento di dati personali in base al Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi degli articoli 12, 13 e 14 del Regolamento Privacy UE 2016/679 la informiamo che i dati personali da Lei forniti saranno trattati nel rispetto della normativa vigente, europea e italiana di armonizzazione. Titolare del trattamento è CON.FORMA, C.F. 93135480619 con sede legale in ss. 87 km. 20+700 Area ex 3M - 81020 - San Marco Ev. (CE), e-mail: presidente@assoconforma.it

Luogo_____ Data_____ Firma_____