

MODULO RINNOVO QUOTA SOCI

Spett.le
Banco Alimentare del Lazio Onlus
Largo dei Colli Albani, 14
00179 Roma

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____
Residente _____ c.a.p. _____ prov. _____
Indirizzo _____
Professione _____
Tel. ____/____/____ Cel. ____/____
Fax. ____/____ E-mail _____
Nato il _____ a _____ Prov. _____
Cod.Fisc. _____

Rinnovo la mia adesione al Banco Alimentare del Lazio ONLUS
In qualità di :

- socio ordinario (quota minima di € 20 annue)
 socio sostenitore (quota minima di € 50 annue)

assumendomi l'impegno di osservarne lo Statuto di cui ho preso visione presso la sede dell'Associazione.

Contestualmente versa/ho versato € _____ secondo la seguente modalità:

- contanti
 bonifico bancario c/o BANCA PROSSIMA,
IBAN : IT10 D033 5901 6001 0000 0009 999
Banco Alimentare del Lazio
 c.c.postale 34539015 int:Banco Alimentare del Lazio

Data _____

Firma _____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali e sui diritti attribuiti della legge, rispettivamente ai sensi degli art. 10 e 13 della legge 675/96, consento al loro trattamento e comunicazione nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari dell'Associazione.

Firma _____

Riservato alla segreteria

Approvato dal Consiglio direttivo del _____

Iscritto al N° _____ del Registro dei Soci