

**- MODULO ISCRIZIONE A.S.FIBROMIALGIA -
PROFESSIONISTI**

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____

Nato a (città) _____ (Prov.) _____

Il _____ Codice Fiscale _____

Residente in (città) _____ (Prov.) _____ CAP _____

Via _____ (N.) _____

e-mail _____ tel. _____

SOCIO PROFESSIONISTA _____

Senigallia li _____ Firma _____

LA QUOTA ASSOCIATIVA È DI € 50,00

Versabile tramite Bonifico Bancario intestato a:

ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA FIBROMIALGIA

C/O CREVAL S.P.A.
Filiale di SENIGALLIA - VIALE DEI GERANI 8 - 60019 SENIGALLIA (AN)

IBAN: IT28Y052162130000000013411

Causale: Socio Ordinario oppure Socio Sostenitore

ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA FIBROMIALGIA

Via Provinciale, 112/H | 60019 Senigallia (AN)
Codice Fiscale 92047860421
E-mail: info@asfibromialgia.it | PEC: asfibromialgia@peclittera.it
Presidente: Dott. Roberto Re