

- MODULO ISCRIZIONE A.S.FIBROMIALGIA -

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

Nato a (città) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in (città) \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ (N.) \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

SOCIO ORDINARIO ANNO \_\_\_\_\_

SOCIO SOSTENITORE ANNO \_\_\_\_\_

Senigallia li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**LA QUOTA ASSOCIATIVA È DI € 20,00**

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](mailto:info@asfibromialgia.it) | PEC: [asfibromialgia@peclittera.it](mailto:asfibromialgia@peclittera.it)  
Presidente: Dott. Roberto Re