



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE SOS INFERTILITA' ONLUS

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____

a _____ (Prov. _____)

C.F. _____

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____

Città _____ (Prov. _____) Nazione _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

avendo letto lo statuto dell'Associazione **SOS Infertilità Onlus** e condividendo le finalità che essa si propone, chiede di essere iscritto alla stessa in qualità di

- socio ordinario
- socio onorario
- socio promotore

Ai sensi della L. 196/2003 autorizzo l'uso dei miei dati personali per l'invio di materiale informativo. In ogni momento potrò avere accesso ai dati o chiederne la cancellazione scrivendo alla segreteria dell'associazione.

Data _____

Firma _____