

MODULO DI ADESIONE

Il sottoscritto:

| | | | |
|---------------|----------------------|----------------|--|
| Cognome | <input type="text"/> | Nome | <input type="text"/> |
| Nato/a a | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> il <input type="text"/> |
| Residente a | <input type="text"/> | Prov. | <input type="text"/> |
| Indirizzo | <input type="text"/> | | CAP <input type="text"/> |
| Cod.Fisc. | <input type="text"/> | N.Tel. | <input type="text"/> |
| E-MAIL | <input type="text"/> | Professione | <input type="text"/> |
| Presentato da | <input type="text"/> | Prov. assoc. * | <input type="text"/> |

(* provincia nella quale l'aspirante socio desidera essere iscritto, se diversa da quella di residenza)

CHIEDE

di aderire all' "Associazione Nazionale Professionisti Reti d'Imprese – ASSINRETE" in qualità di:

- Socio Ordinario
 Socio Qualificato

e di ottenere la qualifica aggiuntiva di "Socio Certificato", essendo in possesso dei requisiti previsti:

- SI NO

A tal fine dichiara di aver ricevuto copia dello Statuto associativo, di averlo letto attentamente, di averne compreso i contenuti e di accettare integralmente le disposizioni in esso contenute.

Firma _____

Il sottoscritto autorizza altresì, ai sensi del R.E. 679/2016 il trattamento dei dati personali che saranno utilizzati esclusivamente per gli scopi associativi e saranno tenuti dal Segretario Generale.

Firma _____

Luogo

Data

Il modulo, compilato, sottoscritto e scansionato, va inviato all'indirizzo: segretario@assinrete.net

Ai sensi dello Statuto associativo il Consiglio Direttivo esaminerà la presente richiesta di adesione e comunicherà al richiedente l'avvenuta ammissione, che si considererà perfezionata con il versamento della quota associativa prevista, a mezzo bonifico bancario sul c/c i cui estremi saranno trasmessi contestualmente all'esito della richiesta.