手
心

ASSOCIAZIONE OPERATORI SHIATSU XIN
Via Maiocchi, 18 – Milano – C.F. 97226900153

Milano, _____

Anno Sociale:_____

Numero Tessera_____

Il sottoscritto:

Nome:_____

Cognome:_____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a:_____il :_____

Residente a_____

Via_____nr.____

CAP:_____

recapiti telefonici: abitazione:_____ufficio:_____cell:_____

indirizzo mail _____

Indirizzo recapito posta (se diverso dalla residenza)

Via_____Numero: _____

CAP:_____Città:_____Prov:_____

Scuola di provenienza:_____ Data Attestato:_____

Disponibilità a trattare: ☐ Disponibilità per fiere e manifestazioni: ☐

Chiede formalmente di essere iscritto, per l'anno sociale indicato, all'Associazione Operatori Shiatsu Xin, con sede in Milano, Via Maiocchi 18.

Firma_____

Tutela della privacy:

Informativa ex. Art. 13 D.Lgs.196/2003
I dati personali saranno trattati solo ed esclusivamente per le finalità strettamente necessarie all'Associazione, inclusa la pubblicazione dell'elenco soci sul sito dell'Associazione stessa.
Titolare del trattamento dei dati è l'Associazione Operatori Shiatsu Xin, con sede in via Maiocchi 18, Milano MI.

Firma:_____

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Registrazioni: Inserito in anagrafica ☐
Richiesta accettata ☐