

S M O M
SOLIDARIETA' MEDICO ODONTOIATRICA NEL MONDO - ONLUS
Domanda di iscrizione

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice Fiscale	
Residenza	
Via/Piazza e numero civico	
Città/Provincia Provincia	
CAP	
Numero di Tel.	
Numero di Cell.	
Numero Fax	
e-mail	
Professione	
Lingue conosciute	<input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Spagnolo <input type="checkbox"/> Francese <input type="checkbox"/> Altre
Altre Specificare	
Esperienze Volontariato	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO
Periodo disponibilità	
Specificare periodi	
Preavviso Partenza	<input type="checkbox"/> meno di 10 gg <input type="checkbox"/> fra 10-20gg <input type="checkbox"/> Sup. 20gg
Altro Specificare	
Sede di intervento preferita	
Socio Ordinario/Collaboratore	<input type="checkbox"/> € 50,00
Socio Sostenitore/ Benemerito	<input type="checkbox"/> € 100,00
Socio Simpatizzante	<input type="checkbox"/> € 30,00
Modalità di pagamento	<input type="checkbox"/> Contanti
	<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario su c/c n° 6152618253/20 Banca Intesa ABI: 03069 CAB: 09442 CIN: B
	<input type="checkbox"/> c/c postale n. 58161357 indicare causale
Il versamento è fiscalmente DETRAIBILE dal reddito delle persone fisiche, fino a 2.06€; DEDUCIBILE per le imprese sino al 2% del reddito d'impresa dichiarato (art. 65 TUIR e 13 DLGS 460/97)	

Chiedo di aderire all'associazione nella qualità di socio come sopra indicato.
 Accetto senza riserve lo Statuto, che dichiaro di conoscere e condividere.
 Provvedo, contestualmente alla presente domanda, al versamento della quota prescelta

Data: _____ **Firma del richiedente:** _____

Ricevuta informativa di cui all'articolo 10 e preso atto dei diritti all'articolo 13 della Legge 675/96 - DL 196/03 esprimo consenso previsto dagli articoli 11 e 12 al trattamento dei dati che mi riguardano da parte di codesta associazione per i sue finalità istituzionali, connesse o strumentali, nonché alla loro comunicazione a terzi rientranti nell'ambito delle categor di soggetti individuati nell'apposito elenco a disposizione dei soci nei locali della sed

Data: _____ **Firma del richiedente:** _____

Accettazione domanda: _____ **Firma del Presidente:** _____



Sede Legale: Via Lecchi, 9- 20143 Milano P.IVA-C.F 97372180154 Tel- +39 02 8322272 Cel.+39 3493666251 www.smomonlus.org	Segreteria: SMOM c/o PROGRAMMASTUDIO Viale Monza, 40-20127 Milano Tel- +39 02 2829389 Fax-+39 02 2829849 e-mail segreteriaismom@programmastudio.i
--	---

NOTE INTERNE:
