



**MODULO ISCRIZIONE
(socio non dipendente)**

Il/La sottoscritto/a

Nato o/ail

Residente in Via.....n.....

C.F. □□□□□□□□□□□□□□□□

telefono.....

E-mail.....

chiede iscrizione al Circolo Dopolavoro Sanità Terni in qualità di socio:

- Ordinario ex dipendente**
- Simpatizzante**
- Familiare** del socio.....

- con versamento in contanti della quota di 30€

- con bonifico di 30€ c/c intestato a Circolo Dopolavoro Sanita' Terni

IBAN: IT2300306914413100000006771 (inviare iscrizione e pagamento a cdstermi2017@gmail.com)

- Nuova iscrizione**
- Rinnovo anno.....**

L' iscrizione ha validità annuale (anno solare dal 1 gennaio al 31 dicembre).

Il rinnovo si esegue con il pagamento della quota associativa da versare entro il 31 marzo di ogni anno.

Lì.....

Firma.....



PER RICEVUTA

IL /LA SIG.....

E' SOCIO/A **CDS TERNI** PER L' ANNO

Lì

FIRMA.....