Comitato Pazienti
Cannabis Medica

Modulo D'iscrizione al Comitato
(Da compilare in STAMPATELLO,barrare le caselle appropriate e FIRMARE)

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

NATO/A A: _____ IL: _____ RESIDENTE A: _____

VIA E N° _____ CAP _____ PROVINCIA _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

CHIEDE DI ISCRIVERSI COME:

☐ SOCIO ORDINARIO (5 EURO) ☐ SOCIO SOSTENITORE (DONAZIONE LIBERA)

L'iscrizione ed il sostegno attraverso i contributi onerosi al COMITATO PAZIENTI CANNABIS MEDICA devono avvenire esclusivamente attraverso versamenti su :

IBAN IT 82 F 07601 16500 001043854445

Legge 675\96 e ss.(legge sulla privacy):ai sensi della legge,le informazioni che ci vengono date o che ci verranno fornite in tempi successivi,saranno trattate esclusivamente per la finalità che lo statuto assegna al comitato pazienti cannabis medica. Per eventuali modifiche e cancellazioni potete scrivere all'attenzione del presidente del Comitato Pazienti Cannabis Medica , manifestando le vostre intenzioni.

Data:__/__/____ Firma:_____

N.B.Il presente modulo deve essere consegnato o fatto recapitare presso la sede del comitato, con copia del versamento attraverso le seguenti modalità:

1.SPEDIZIONE : COMITATO PAZIENTI CANNABIS MEDICA VIA Lungomare 148 -98030 SANT'ALESSIO SICULO (ME)

Oppure

2.Via E-Mail:(scansionato) all'indirizzo ilcomitato.ita@gmail.com