

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER CF PENSIONATI

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Titolo di studio _____

Indirizzo di corrispondenza _____

Città _____ Prov _____ CAP _____

Telefono _____

Cellulare _____

E-mail _____

Dichiara di essere stato iscritto all'Albo di categoria professionale e di essere in pensione dal _____

E chiede di essere iscritto ad ANASF, **dichiarando di aver preso visione e di accettare** i contenuti dello Statuto e del **Regolamento generale** dell'Associazione, rinvenibili all'indirizzo **www.anasf.it** e, in relazione alle prescrizioni contenute nel D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice sulla protezione dei dati personali) previa adeguata informativa ai sensi dell'art. 13 esprime, per quanto occorra, il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 23, al trattamento per uso interno e alla comunicazione e diffusione di tutti i dati contenuti nel presente modulo di iscrizione. Il titolare dei dati è ANASF, via Vittor Pisani 22, 20124 Milano.

Data _____ Firma _____

QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE € 99,00

La quota dà diritto all'iscrizione all'Associazione per i **primi 12 mesi**, a decorrere dalla data di ricezione del presente modulo. L'importo attuale della quota associativa è – conformemente all'art. 12, lett. n) dello Statuto – suscettibile a modifiche, su delibera degli Organi competenti.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

PAGAMENTO DIRETTO – L'importo da versare corrisponde all'intera quota annuale (euro 99,00)

Per convalidare l'iscrizione, occorre inviare la copia timbrata del documento di avvenuto versamento alla segreteria ANASF, anche via fax al numero 02.67070839 o via email all'indirizzo anasf@anasf.it, unitamente al presente modulo compilato

Tipologie possibili:

- A) Bonifico bancario:** conto corrente intestato ad ANASF, IBAN: IT53 T020 0801 6610 0000 3913 741
- B) Bollettino postale:** ccp n.35698208, intestato ad ANASF
- C) Assegno non trasferibile** intestato ad ANASF
- D) Carta di credito** (www.anasf.it)