

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER CF PENSIONATI

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fiscale _____

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 _____

Chiede di essere iscritto ad ANASF, accettando i contenuti dello Statuto dell'Associazione, esprimendo il proprio consenso al trattamento per uso interno e alla comunicazione e diffusione di tutti i dati contenuti nel presente modulo di iscrizione, previa adeguata consultazione dell'informativa al trattamento dei dati visionabile al link <http://www.anasf.it/privacy-policy>, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Il titolare dei dati è ANASF, via Gustavo Fara 35, 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 (€ 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)