



Circolo Dopolavoro Sanità Terni

www.cdsterini.com Facebook: circolo dopolavoro sanità terni Instagram: cdsterini24

e-mail: cdsterini2017@gmail.com

MODULO ISCRIZIONE
(socio non dipendente)

Il/La sottoscritto/a

Nato o/ail

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

Codice Fiscale

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 intestate a Circolo Dopolavoro Sanità Terni

IBAN: IT23O0306914413100000006771 (inviare la copia del bonifico a cdsterini2017@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 e vi verrà inviata la tessera socio annuale tramite mail.

Lì.....

Firma.....