



Associazione Farmacisti Volontari per la Protezione Civile O.d.V. –
Sezione Toscana

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto Dott.ssa/ Dott

Nata /o a il

Codice fiscale

Iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di

n. iscrizione..... residente a (pr.....)

in Via/Piazza n.....cap.....

CHIEDE

Di essere ammesso a far parte della Associazione Farmacisti Volontari per la Protezione Civile O.d.V. –
Sezione Toscana in qualità di socio effettivo

A tal fine dichiara

- Di avere preso visione dello statuto
- Di indicare i seguenti recapiti per tutte le comunicazioni dell'Associazione
 - Domicilio (indicare solo se diverso da quello di residenza

Allega ricevuta di versamento di €. 20,00 iban IT86E0306909606100000174748 intestato a Farmacisti
Volontari Protezione Civile Sezione Toscana

Domicilio

- Tel cell Fax.....

- E-mail.....

- Pec.....

Luogo e data.....

Firm

Via Antonio Giacomini, 4 50132 Firenze

C.F. 94290270480 e-mail farmacistiprociv.toscana@gmail.com