



Spett.le Associazione Regionale Farmacisti Volontari e di Protezione Civile Puglia  
c/o Ordine Interprovinciale dei Farmacisti di Bari e BAT  
Via Devitofrancesco 4/c- BARI

### DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO 2024

Il sottoscritto Dott.ssa/Dott.

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
iscritta/o all'Albo dei Farmacisti dell'Ordine provinciale della Provincia di \_\_\_\_\_  
(n° iscrizione: \_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ (pr. \_\_\_\_\_)  
In Via/Piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammessa/o a far parte dell'Associazione Regionale Farmacisti Volontari e di Protezione Civile Puglia in qualità di socio effettivo.

di essere ammessa/o a far parte dell'Associazione Regionale Farmacisti Volontari e di Protezione Civile Puglia in qualità di socio sostenitore.

Effettua versamento quota di Euro 20,00  
sul c/c dell'Associazione IBAN IT38Y0526204000CC0241209184  
(versamento effettuato in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

A tal fine dichiara:

- di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione e di condividerne le finalità;
- di possedere le conoscenze teoriche e pratiche necessarie per le attività dell'Associazione;
- di consentire all'Associazione di essere contattato ai seguenti recapiti:

1. domicilio:

2. email:

3. posta elettronica certificata:

4. Cell:

5. WhatsApp SI NO

Luogo e data

Firma

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere inviato a  
[farmacisti.volpuglia@libero.it](mailto:farmacisti.volpuglia@libero.it) unitamente a copia del bonifico della quota di iscrizione

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere inviato a [farmacisti.volpuglia@libero.it](mailto:farmacisti.volpuglia@libero.it) unitamente a copia del bonifico della quota di iscrizione