

Modulo di Iscrizione

A.F.B.P

(Associazione Fragger Basso Piave)

Iscritto n.: _____

Si prega di compilare il seguente modulo a carattere STAMPATELLO in tutte le sue parti.
I campi contrassegnati da * sono facoltativi.

Nome _____
Cognome _____
Sesso M F
Luogo di Nascita _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
Città _____
Provincia _____
C.A.P. _____
Indirizzo e-mail _____
Telefono _____
Cellulare _____
Numero ICQ (e/o MSN)* _____
Nickname _____

Autorizzo la pubblicazione del mio indirizzo email sul sito della AFBP Sì No

Autorizzo la pubblicazione del mio indirizzo MSN/numero ICQ sul sito della AFBP Sì No

L'interessato dichiara di aver preso visione completa dello statuto e di approvarlo in ogni sua parte (in particolare degli articoli 4,5,6) della A.F.B.P. (Associazione Fragger Basso Piave) e di voler entrarne a far parte in qualità di socio ordinario.

Firma dell'interessato _____

Firma del Presidente _____

Firma di un membro del C.D. _____

Data _____

Perché la presente domanda sia valida deve essere completata dalla firma del presidente o di due membri del C.D. (Comitato direttivo) per presa visione e approvazione.
Alla presente domanda di iscrizione vanno allegate 2 foto formato tessera e una fotocopia del documento di identità!