

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)

…………………………………………………………………………………………..

* Tel ………………………… cell …………………………………. Fax……………
* E-mail…………………………………….
* Pec…………………………………………..

Luogo e data……………………… Firma