



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

**REGIONE  
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
- Ricevuta di bonifico di €20,00 su IBAN IT86E0306909606100000174748 intestato a:  
Associazione Farmacisti volontari Protezione Civile sezione Toscana

.....

- Tel..... cell ..... Fax.....

- E-mail.....

- Pec.....

Luogo e data.....

Firma