



**Associazione Farmacisti Volontari
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
- Ricevuta di bonifico di €20,00 su IBAN IT86E0306909606100000174748
 intestato a: Associazione Farmacisti volontari Protezione Civile sezione Toscana
 - Domicilio (indicare solo se diverso da quello di residenza)

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

Luogo e data.....

Firma.....