



**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.....