



## Scheda Associativa

- Nuovo socio
- Rinnovo
- Donazione

Nome ..... Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Cod.. Fisc. ....

Ai sensi dell'Art. 10 Legge 675/96 consento al trattamento dei miei dati personali per il perseguimento degli scopi statutari dell'Associazione

Firma .....

Data .....

Desidero che tutte le comunicazioni dell'Associazione A.M.A.P. – Alzheimer Padova mi giungano a questo indirizzo

Via .....

CAP..... Città ..... Provincia .....

Telefono .....

### Ho deciso di

- associarmi
- fare una donazione per questo motivo:
- ho un familiare malato
- sono interessato professionalmente
- per solidarietà
- in memoria di .....

### Le quote annuali di iscrizione all'Associazione ALZHEIMER PADOVA sono

- Socio ordinario da € 26.00
- Simpatizzante donazione € .....

### Faccio pervenire il mio contributo attraverso

- Vaglia postale
- Assegno non trasferibile intestato a "A.M.A.P. ALZHEIMER PADOVA"
- Bonifico su c/c bancario IBAN IT94F0343112155000000204680  
Banca Carige SPA Via Temanza, Padova

Si prega di stampare, compilare e inviare questa scheda all'indirizzo della nostra sede legale:

**A.M.A.P. Associazione Malattia di Alzheimer Padova**  
studio Rag. A. Del Piero - via I. Ravignana 1/A - 35121 Padova