

DATI ASSOCIATO

NOME* _____ COGNOME* _____
VIA* _____ N.* _____
CAP* _____ CITTA' * _____ PROV* _____
TEL* _____ E-MAIL* _____
DATA DI NASCITA (gg/mm/aa)* _____ LUOGO * _____
C.F.* _____

oppure

RAGIONE SOCIALE* _____
SEDE LEGALE IN VIA* _____
CAP* _____ CITTA' * _____ PROV* _____
TEL* _____ E-MAIL* _____
C.F.* _____ P.IVA* _____
rappresentata da
NOME* _____ COGNOME* _____
IN QUALITA' DI* _____ C.F.* _____

* Campi obbligatori

ISCRIZIONE:

- PRIMA ISCRIZIONE
 RINNOVO ISCRIZIONE

TIPOLOGIA SOCIO:

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Socio Young | € 20,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio Standard | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio Double | € 90,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio Gold | € 300,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio Sostenitore | € 1.000,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio Corporate | € 2.000,00 |

FIRMA

CARD N. _____ (compilazione a carico dell'Associazione)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto _____ letta l'informativa e consapevole del trattamento dei propri dati personali
DICHIARA

di **acconsentire** o **negare** al trattamento degli stessi per le finalità di cui alla lettera C della informativa allegata, in quanto questo sia svolto conformemente all'informativa e resa al sottoscritto.

Data _____

Firma _____

L'interessato è stato informato della possibilità di revocare i consensi prestati in ogni momento, inviando una richiesta scritta all'Associazione con Raccomandata A/R all'indirizzo **Via De Magri 1, 21013 Gallarate** oppure via e-mail **amicidelmaga@museomaga.it**