



Federazione Lombarda
Malattie Rare

DOMANDA di ADESIONE alla FLMR

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____,
NATO/A A _____, IL _____,
RESIDENTE A _____ IN VIA _____,
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA _____,
AVENTE CODICE FISCALE NUMERO _____,
chiede di aderire in qualità di socio ordinario alla FEDERAZIONE LOMBARDA MALATTIE RARE (in
breve FLMR), autorizzando la stessa ad inserire nella propria banca dati tutte le informazioni utili riguardanti i firmatari ed i
componenti della Associazione iscritta, autorizzando la FLMR a trasmettere ad altri associati i propri dati, a pubblicare sul
notiziario e sul sito web della Federazione fotografie e dati personali; in qualunque momento si può richiedere la limitazione di
quanto sopra o la cancellazione dei propri dati nel rispetto alla legge sulla "privacy" e "privacy informatica" n. 196/2003 e
successive modificazioni.

Firma

Dati del Legale Rappresentante*, firmatario della presente (ad uso interno):

CAP _____ Città _____ Via _____

Telefono _____ Cel _____ E-mail _____

* O suo delegato (in tal caso va allegata la delega del Legale Rappresentante al delegato firmatario)

Dati dell'Associazione richiedente l'affiliazione (ad uso pubblico):

DENOMINAZIONE _____

CAP _____ Città _____ Via _____

Telefono _____ Cel _____ E-mail _____

Commenti e proposte del nuovo socio:

Luogo e Data della compilazione: _____, _____