

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto/a (*)

In qualità di

Residente a in via

CAP Città

Tel Fax E-mail

PRESENTA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Alla Consulta Lombarda Camera Confederale delle Associazioni Lombarde nel Collegio (**):
.....

Dichiara di aver preso atto dei contenuti dello Statuto sociale che accetta integralmente e di condividere le finalità culturali della Consulta Lombarda Camera Confederale delle Associazioni Lombarde,

in fede

..... il

Il socio presentatore
.....

(*) L'iscrizione può essere fatta sia da persona individuale a titolo personale che da Associazione o Ente, in questo caso la domanda andrà firmata dal relativo legale rappresentante

(**) Allegata alla presente vi è l'estratto dello Statuto con indicati i Collegi specialistici; non è obbligatoria l'indicazione, in questo caso indicare: "da definire"

Modulo da inviare compilato via e-mail a info@consultalombarda.it o via fax al 02 89503303.

Quote di iscrizione (anno 2011):
associazioni € 150,00
persone singole € 50,00
sostenitori € 300,00

Dati per accredito versamenti:

IBAN IT30 I030 6909 4461 0000 0000 132

(Raccomandiamo di indicare bene la causale: quota associativa anno ...)

Al momento sarebbe preferibile un versamento in contanti od assegno bancario intestato a:
Consulta Lombarda Camera Confederale delle Associazioni Culturali Lombarde