

Modulo di Iscrizione all'Associazione
Osservatorio Astronomico Cavaglià APS

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Luogo: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ CAP: _____

Telefono: _____ Email: _____

Nome dell'Associazione: *Osservatorio Astronomico Cavaglià*

Tipo di Associazione: *A.P.S.*

Tipo di tesseramento:

Normale €. 40,00

Sostenitore €. 150,00

**Pagamento tramite bonifico su IBAN IT04Z0326844390052282825160
intestato a Osservatorio Astronomico Cavaglià APS, causale: tipo di
tesseramento scelto, nome e cognome.**

Firma:

Data e Luogo:

Acconsento ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali per le finalità relative all'adesione e alle attività dell'Associazione Osservatorio Astronomico Cavaglià.

Acconsento a ricevere comunicazioni via email o telefono relative alle attività dell'Associazione Osservatorio Astronomico Cavaglià.