



ISTITUTO MEDICO FARMACEUTICO DI MUTUO SOCCORSO DELLA PROVINCIA DI VICENZA

### **MODULO DI ADESIONE**

Il Sottoscritto/La Sottoscritta

Dr/Drssa (in stampatello).....,  
nato/a ....., in data .....,  
residente a ....., in Via ....., n.....,  
tel ....., email .....

iscritto all'Ordine Professionale dei ..... di Vicenza, chiede  
al Consiglio Direttivo dell'Istituto Medico Farmaceutico, di diventare socio/a e  
dichiara di impegnarsi a versare la quota di adesione di € 30,00 (una tantum) e  
la quota annuale di € 20 euro, con bonifico alle seguenti coordinate bancarie:  
Banca Intesa Sanpaolo – IBAN: IT 46 X030 6911 8941 0000 0003 557.

A tal proposito l'aspirante socio/a dovrà allegare alla domanda di ammissione:

- 1)** copia contabile del bonifico bancario della quota associativa;
- 2)** autocertificazione di appartenenza all'Ordine Professionale;
- 3)** copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale;

Il presente modulo dovrà essere inviato all'attenzione della Dott.ssa Cristina Marin dello Studio Legale Pellizzari all'indirizzo di posta in Contrà Santa Barbara 16, 36100 Vicenza oppure alla casella di mail: [info@studiolegalepellizzari.it](mailto:info@studiolegalepellizzari.it) - tel: 0444 540450.

Vicenza, lì

In fede  
Dr/Drssa

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 e 14 REG. Ue 2016/679.

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)