

Come previsto dall'art. 7 dello Statuto, possono presentare domanda di ammissione, come **Sostenitori**, i farmacisti che abbiano compiuto i 38 anni di età, tutti i privati non farmacisti, gli Enti, le Associazioni, le Società Commerciali ed Industriali desiderosi di favorire ed incrementare lo sviluppo di Agifar Brescia.

MODULO DI ISCRIZIONE SOSTENITORE

Farmacista over 38

COGNOME NOME
INDIRIZZO CAP
CITTA' PROVINCIA
LUOGO E DATA DI NASCITA
TITOLARE di
COLLABORATORE presso
ISCRITTO ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DI

Privato non farmacista

COGNOME NOME
INDIRIZZO CAP
CITTA' PROVINCIA
LUOGO E DATA DI NASCITA
PROFESSIONE

Associazione Ente Società

RAGIONE SOCIALE
P.IVA o CODICE FISCALE

N.TEL FISSO (facoltativo): _____ CELLULARE: _____
e-MAIL: _____ (campo obbligatorio al fine di ricevere le circolari inviate esclusivamente tramite posta elettronica)
PEC: _____

La quota associativa annuale è di **25 euro**.

Il pagamento va effettuato mediante bonifico:

UBI Banco di Brescia-Sede Centrale, Corso Martiri della Libertà 18, 25122 Brescia

IBAN: IT16H031111123800000058598 (CC Agifar Brescia).

Copia del bonifico, modulo d'iscrizione e scheda di consenso al trattamento dei dati personali vanno spediti (via CEF o per posta) alla dott.ssa Pasini Linda – Farmacia Pasini – Gavardo (BS) – o a info@agifarbrescia.it.

SPEDIRE LA TESSERA AGIFAR ALLA SEGUENTE FARMACIA O AL SEGUENTE INDIRIZZO:

FIRMA

DATA D'ISCRIZIONE