

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:

BPER BANCA Sede di Brescia, Corso Martiri della Libertà 13, 25122 Brescia

IBAN: IT60J0538711238000042717131 (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