

CFS ASSOCIAZIONE ITALIANA ONLUS
Istituto Nazionale Tumori
V. Gallini, 2,
33081 Aviano (Pordenone)
tel. 0434-659394 fax. 0434-659531
e-mail: cfs@cro.it
www.stanchezzacronica.it

SCHEDA DI ADESIONE

Oggetto: **richiesta di ammissione alla C.F.S. (Sindrome da fatica cronica) ASSOCIAZIONE ITALIANA**

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

E-mail _____

Professione _____

Con la presente chiedo di essere ammesso in qualita' di socio alla C.F.S. (Sindrome da fatica cronica) ASSOCIAZIONE ITALIANA.

Sono affetto da C.F.S. <> SI <> NO
Ritengo di essere affetto da C.F.S. <> SI <> NO

- Allego (assegno o vaglia postale - c/o: uff. postale di Aviano) n. _____ della Banca/Ufficio postale di _____ intestato alla C.F.S. ASS. ITALIANA dell'importo di € 26 quale quota associativa.

- versamento sul c/c n. 0740009430 1H presso FRIULCASSA CASSA DI RISPARMIO REGIONALE , ABI 06340 CAB 64770 IBAN IT36 L063 4064 7700 7400 0943 01H IBSPIT2U intestato alla C.F.S. ASS. ITALIANA, l'importo di € 26 quale quota associativa.

Data, _____

Firma _____

Sono disponibile a dare il mio nominativo ad altri associati per eventuali contatti telefonici
<SI> <NO>