

**CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv**  
c/o Centro di Riferimento Oncologico  
V. Gallini, 2, 33081 Aviano (PN)  
e-mail: [cfs@cro.it](mailto:cfs@cro.it) - [www.stanchezzacronica.it](http://www.stanchezzacronica.it)  
C.F. 94033510309

## **SCHEDA DI ADESIONE**

Oggetto: **richiesta di ammissione alla CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Con la presente chiedo di essere ammesso in qualità di socio alla CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv.

**Sono affetto da CFS/ME** <> *SI* <> *NO*  
**Ritengo di essere affetto da CFS/ME** <> *SI* <> *NO*

- 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 € 2 quale quota associativa.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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