

CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv
c/o Centro di Riferimento Oncologico
V. Gallini, 2, 33081 Aviano (PN)
e-mail: cfs@cro.it - 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 ammessa/o in qualità di socia/o alla CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv.

Sono affetta/o da CFS/ME *SI* *NO*
Ritengo di essere affetta/o da CFS/ME *SI* *NO*

**Versamento sul c/c n. 0740009430 1H presso BANCA INTESA SAN PAOLO,
ABI 03069; CAB 64773; IBAN IT58M0306964773074000094301, intestato a
CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA, dell'importo di € 5,00 quale quota associativa.**

Data, _____

Firma _____

Sono disponibile a dare il mio nominativo ad altri associati per eventuali contatti telefonici

SI

NO