



**Associazione senza fine di lucro
con personalità giuridica
Disabili no Limits**

Viale Jenner 69, 20159 Milano
CF. 97472170154
PI. 05840560964
Tel: 02.87380808
Fax: 02.87380809

MODULO DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE

Denominazione dell'ente: _____

Tipo di impresa: piccola/media impresa grande impresa

CF: _____ P.IVA _____

Sede di : _____ Prov. : _____

Via: _____ CAP.: _____

Legale Rappresentante:

Nome _____ Cognome _____

Tel.: _____ Mail.: _____

CHIEDE

Di essere iscritto all'Associazione senza fine di lucro Disabili no Limits in qualità di **socio sostenitore**.

DICHIARA

- Di essere a conoscenza e di accettare in ogni sua parte lo statuto, nonché lo scopo e le finalità della Disabili no Limits
- Di assumere l'impegno a versare la quota associativa annuale nei termini fissati dal Consiglio Direttivo.
- Prendere atto che per l'anno 2010 la quota associativa è di 500€ (se grande impresa)/ 200€ (se piccola-media impresa).

Li _____ Firma _____

(Legale Rappresentante)



**Associazione senza fine di lucro
con personalità giuridica
Disabili no Limits**

Viale Jenner 69, 20159 Milano
CF. 97472170154
PI. 05840560964
Tel: 02.87380808
Fax: 02.87380809

Il modulo compilato in ogni sua parte deve essere consegnato a mano alla prima riunione e anticipato per fax o per posta ordinaria e al seguente indirizzo:

Associazione senza fine di lucro - Disabili no Limits

***Viale Jenner 69,
20159 Milano***

L'accoglimento/rigetto della domanda di iscrizione viene comunicato per iscritto all'aspirante socio entro 10 giorni lavorativi, senza la necessità di indicarne i motivi. La delibera sull'ammissione è inappellabile.

In caso di esito positivo della domanda di iscrizione, l'aspirante socio deve versare entro 7 giorni lavorativi dal ricevimento della conferma la quota di iscrizione da rinnovare annualmente, di 500 € (se grande impresa)/ (200€ se piccola-media impresa), tramite bonifico bancario.

Una volta versata sul conto corrente dell'associazione la quota associativa, al socio verrà recapitata la tessera dell'Associazione e la ricevuta dell'avvenuto pagamento, che confermano di fatto l'iscrizione.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

In base al Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003 relativo alla tutela e al trattamento dei dati personali, con questo modulo si autorizza l'utilizzo dei dati raccolti ad uso interno e riservato salvo casi inerenti i fini e gli scopi dell'Associazione Disabili no limits. Non verranno prese in considerazione le domande di iscrizione che non siano state completate in ogni loro parte.

Li _____ Firma _____
(il Legale Rappresentante)