

ASSOCIAZIONE ALZHEIMER VASTO ITALIA
AVI

DOMANDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE ALZHEIMER

Cognome e Nome.....

Nato/ail.....

Residente a..... Via.....

Codice Fiscale.....

Tel.....e-mail.....

Pagamento: contanti €.....

Bonifico IBAN AVI: IT87 U081 8977 9100 0000 0016 611 – Banca di Credito
Cooperativo della Valla del Trigno

DATI ANAGRAFICI SOCIO VOLONTARIO O CARE GIVER PAZIENTE ALZHEIER

Cognome e Nome.....

Nato/ail.....

Residente a..... Via.....

Codice Fiscale.....

Tel.....e-mail.....

Pagamento: contanti €.....

Bonifico IBAN AVI: IT87 U081 8977 9100 0000 0016 611 – Banca di Credito
Cooperativo della Valla del Trigno

DATA.....

FIRMA

.....

ACCETTAZIONE ISCRIZIONE

DATA..... **IL PRESIDENTE AVI**.....