



Forza dei Consumatori

TUTELIAMO TUTTI I TUOI DIRITTI

Seguici su:

SPAZIO RISERVATO ALLA DELEGAZIONE LOCALE

MODULO DI ADESIONE

N°. _____

L'ASSOCIAZIONE TUTELA I DIRITTI DEI CONSUMATORI, UTENTI DI BENI E SERVIZI, RISPARMIATORI E CONTRIBUENTI. SEDE NAZIONALE: BARI, VIA ENRICO TOTI N. 59

Tel/Fax: 080.5575363 - infotel 3774233396 – www.forzadeiconsumatori.it e-mail: forzadeiconsumatori@libero.it
CONTATTO DIRETTO CON IL PRESIDENTE: AVVOCATO LEOPOLDO DI NANNA: 340.2849248

Con la sottoscrizione del presente modulo si richiede espressamente l'iscrizione all'Associazione Forza dei Consumatori. A questo scopo si versa l'importo di € _____ a titolo di quota associativa. Si dichiara di aver preso visione dello Statuto, Atto Costitutivo e Regolamento Nazionale, che si accettano integralmente: con il versamento di una somma non inferiore ad € 35,00 l'iscrizione si estende ai componenti del nucleo familiare indicati nel modulo (in tal caso il citato importo deve intendersi versato pro-quota).

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy.

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>		
Via	<input type="text"/>	Num.	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>						
C. F.	<input type="text"/>	Richiede l'iscrizione a Forza dei Consumatori		€	<input type="text"/>	N°. _____			
Professione	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>						

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>		
Via	<input type="text"/>	Num.	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>						
C. F.	<input type="text"/>	Richiede l'iscrizione a Forza dei Consumatori		€	<input type="text"/>	N°. _____			
Professione	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>						

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>		
Via	<input type="text"/>	Num.	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>						
C. F.	<input type="text"/>	Richiede l'iscrizione a Forza dei Consumatori		€	<input type="text"/>	N°. _____			
Professione	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>						

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>	Nato il	<input type="text"/>	Luogo	<input type="text"/>		
Via	<input type="text"/>	Num.	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>						
C. F.	<input type="text"/>	Richiede l'iscrizione a Forza dei Consumatori		€	<input type="text"/>	N°. _____			
Professione	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>						

Data / / Note Operatore