



DOMANDA DI AMMISSIONE SOCIO

Il sottoscritto sig.

nome

cognome

nato a

il

residente a

via

cod.fisc.

(specificare eventuali ulteriori dati o recapiti es. telefono, mail ecc.);

dopo aver visionato ed accettato in ogni sua parte lo statuto dell'associazione impegnandosi a rispettarlo, con la presente

CHIEDE

di essere ammesso in qualità di socio (eventualmente specificare quale fra le varie tipologie di soci ove previste dallo statuto) dell'associazione:

TEATRO MEDICO IPNOTICO

con sede in Varano de Melegari Loc. Vianino , in via Str. Mulino Vecchio 11
43040 Parma.

Luogo e data