COMITATO PARALIMPICO SAMMARINESE
Via Ornera, 16 - 47895 Domagnano - Rep. San Marino - Tel-Fax: 0549-995916 - COE SM 22625
e-mail: paralympic@omniway.sm / cpsanmarino@gmail.com

www.paralympic.sm

MODALITA' DI VERSAMENTO

❐ **Bonifico bancario**	**Intesta a: Comitato Paralimpico Sammarinese** **IBAN SM22F0326209802000020300427 –ASSET BANCA – Agenzia Murata** **Causale: tesseramento 2012**
❐ **Spedizione postale**	Intesta l'assegno a: **Comitato Paralimpico Sammarinese** Via Ornera, 16 -47895 Domagnano (Rep. San Marino). (Non spedire contanti via posta)
❐ **Corrisposto a mano a un iscritto**	Nome e Cognome di chi ha ritirato il modulo:………………………………………

€ __________

conservare il presente tagliando, valevole come ricevuta!

- -

Domanda d'iscrizione o rinnovo al ***Comitato Paralimpico Sammarinese per l'anno 2012***

Il/La sottoscritto/a …… ISS ……………………

Nato a: ………

Residente in via …………………………………………………………………………………………………… n°…………………

CAP…………………… Località …………………………………………………………………… Prov…………………… Paese ………………………………

Tel……………………………………Cell…………………………………………e.mail……………………………………………………………………………………

chiede di diventare socio/di rinnovare la quota annuale:

❐ **Simpatizzante………€ 10**
❐ **Offerta………€ ______**
❐ **Cuccioli (minorenni) Gratuito**

La compilazione del presente modulo comporta il consenso alla conservazione dei propri dati da parte del Comitato Paralimpico Sammarinese per la promozione e l'informazione delle proprie iniziative.
È diritto dell'iscritto opporsi al trattamento, richiedere la cancellazione, chiederne variazione o aggiornamenti, rivolgendosi al Responsabile dei dati presso la sede legale del Comitato.
Dichiara di accettare lo statuto del Comitato e di essere disponibile a collaborare alle attività di gestione e sviluppo dello stesso.

San Marino, ………………………………………… *Firma………………………………………………………*

• *Consegnando questo modulo si dichiara di avere già effettuato il pagamento della quota associativa tramite:*

❐ **Bonifico bancario** ❐ **Spedizione postale**	❐ **Corrisposto a mano all'associato:** **Nome/Cognome ……………………………………**

• Dopo aver effettuato il versamento, inviare il presente modulo per posta a:
COMITATO PARALIMPICO SAMMARINESE
Via Ornera, 16 - 47895 Domagnano (Rep. San Marino)
oppure tramite fax al numero: 0549-995916, oppure una copia digitale all'indirizzo: cpsanmarino@gmail.com
Questo permetterà di accertare la registrazione nella banca dati.