

Associazione Donatori Sangue
Ospedale L. Sacco
Via G. B. Grassi,74 - 20157 Milano
Tel 02/3904.2468 - .2028 - .2934
Fax 02/3904.2038
www.hsos-donatori.org
hsos@asst-fbf-sacco.it



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Abitante a _____ Prov. _____ Cap. _____

Via _____ n° _____

Telefono casa _____ Telefono cellulare _____

Telefono lavoro _____ Professione _____

E-mail _____ PEC _____

Cod. Fiscale _____

Chiedo di essere iscritto come socio donatore effettivo presso codesta Associazione e dichiaro di accettare integralmente le norme di Statuto e regolamento Associativo.

Dichiaro di non essere sollecitato da interessi economici né di essere iscritto ad altre Associazioni di Donatori di Sangue e, ai sensi e per gli effetti della Dlgs 196/2003, esprimo il consenso al trattamento ed alla comunicazione, nelle forme e nei limiti consentiti dalle norme vigenti, dei dati sensibili.

Data

Firma

_____ (Da compilare a cura dell'Associazione) _____

CAI n°:

Tessera rilasciata il:

Donazioni precedenti: