



PSICHIATRIA DEMOCRATICA
Società Italiana di Psichiatria Democratica
ONLUS

Scheda di iscrizione 2019

Al Segretario e

Al Presidente

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
domiciliato/a a() cap
in via
telefono fax Cell.
e-mail
luogo di lavoro()
con qualifica di
Cod. Fiscale
Autorizzazione al trattamento dei dati personali SI ().....NO ()

Chiede l'iscrizione per l'anno 2019 a Psichiatria Democratica ONLUS,
aderendo ai fini della stessa.

Il sottoscritto ha versato:

- a) la quota associativa in contanti il giorno.....
b) con bonifico bancario ad "Associazione Società Italiana di Psichiatria Democratica" Iban:
IT86J0335901600100000110234 effettuato il giorno.....

Data

Firma.....