



ASSOCIAZIONE  
Farmacisti Divulgatori

## FORM PER ASSOCIARSI

Compilare il seguente form e inviarlo a [info@farmacistidivulgatori.it](mailto:info@farmacistidivulgatori.it) allegando i seguenti documenti :

- fotocopia della carta d' identità e/o passaporto
- copia della ricevuta del bonifico di € 25,00 ( quota annuale) a IT43F0306967684510730751772 intestato ad Associazione Farmacisti Divulgatori.

NOME\_\_\_\_\_

COGNOME\_\_\_\_\_

INDIRIZZO VIA\_\_\_\_\_

NUMERO CIVICO\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_

CITTA'\_\_\_\_\_ PROV.\_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO\_\_\_\_\_

EMAIL\_\_\_\_\_

Desidero iscrivermi alla vostra newsletter per conoscere offerte, iniziative ed eventi.

I dati forniti non saranno girati a terzi. I dati raccolti sono utilizzati esclusivamente per le finalità indicate e conservati per un anno di abbonamento all'Associazione o eliminati nel caso di richiesta di cancellazione da parte dell'associato (non verrà restituita la quota di partecipazione in tale eventualità).

I dati forniti non saranno girati mai a terzi per nessuna ragione, a meno che non si tratti di legittima richiesta da parte dell'autorità giudiziaria e nei soli casi previsti dalla legge.

Firma\_\_\_\_\_

ASSOCIAZIONE  
Farmacisti Divulgatori