



Stop TB Italia Onlus
Viale Zara, 81
20159 Milano
C.F. 97372750154

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____ Cap _____ Via _____ n° _____
Di professione _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
Cod. Fisc. _____

Conoscendo e condividendo gli scopi di codesta Associazione dichiara di volere farne parte in qualità di **SOSTENITORE**.

Si impegna a versare una donazione minima di € 20€(venti/00).

Firma per accettazione

_____, ___ / ___ / ___

Tutela della Privacy

Il sottoscritto è informato ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003, che i dati personali raccolti nella presente scheda saranno utilizzati dall'associazione anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità istituzionali. La firma posta in calce costituisce consenso a tale uso ai sensi dell'art.23 del D.lgs 196/2003.

Firma per accettazione

Il Presidente