



DOMANDA DI ADESIONE **PARENTE** A SOCIO ORDINARIO

SI PREGA DI SCRIVERE CHIARO E IN STAMPATELLO

E' BELLISSIMO POTERVI AVERE NELLA NOSTRA "GRANDE FAMIGLIA"

Il/la sottoscritto/a,

nato a, il,

professione/ specializzazione(°),

chiede di aderire in qualità di **SOCIO ORDINARIO**, all'ASSOCIAZIONE ITALIANA MUCOPOLISACCARIDOSI e MALATTIE AFFINI (ONLUS) in breve AIMPS (ONLUS), autorizzando la stessa ad inserire nella propria banca dati tutte le proprie informazioni; autorizzando la stessa a trasmettere ai Referenti AIMPS i propri dati; a pubblicare sul notiziario e/o sul sito web dell'Associazione fotografie e dati personali; in qualunque momento ne può richiedere la correzione, la limitazione e la cancellazione dei propri dati nel rispetto alla legge sulla "privacy" e "privacy informatica" n. 196/2003 e successive modificazioni mandando una email a privacy@aimps.it o faxando allo 02-99486016. Responsabile dei dati è il rappresentante legale pro-tempore.

firma

.....

Domicilio:

Via CAP Città Prov.

telefono..... fax..... cel.

E-mail ufficio

DATI DI RIFERIMENTO DI ALMENO UN PAZIENTE/PARENTE MPS O AFFINE:

| cognome | nome | sindrome |
|---------|-------|----------|
| | | |

Luogo e data di compilazione: _____