DOMANDA di ISCRIZIONE

alla

ASSOCIAZIONE DONATORI VOCE di PAVIA

corso Cairoli n.2 27100 Pavia tel.333 64 92 041 **www.adov.it** e-mail **adov@adov.it**

I sottoscritta/o

cognome
nome
data di nascita (gg/mm/aaaa) _____/_____/_____
titolo di studio
codice fiscale
via / piazza n.°
c.a.p. comune provincia
e-mail
telefono abitazione cellulare

chiede di poter fare parte dell'ADOV in qualità di socio volontario nell rispetto dello statuto sociale, del quale ha preso visione. Nel caso si dedichi alla registrazione di libri per gli scopi sociali ciò avverrà ad assoluto titolo gratuito. Dichiara inoltre che nel nel caso di cessazione della sua attività non vanterà nessun diritto né veto per l'uso che l'ADOV continuerà a fare delle registrazioni da lui precedentemente effettuate.-

luogo _____ data _____ firma del richiedente _____

riservato all'ADOV N.d'ordine _____

Il Consiglio Direttivo nella seduta del /__/__/____ ha accettato la presente richiesta e a far tempo dal /__/__/____ l'aspirante Sig._____ è socio ADOV a tutti gli effetti

la segretaria il presidente