DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO ORDINARIO PER L'ANNO 2024

Al Consiglio Direttivo di Insurance Skills Jam - Il Convivio Assicurativo

__l__sottoscritt_____nat_____

il_____ a_____

e residente a_____ prov._____

Via _____n°_____C.A.P._____

Tel. _____ Cell. _____

Professione/Settore attività_____

Azienda_____

Codice Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Indirizzo E-mail_____@ _____

CHIEDE

di essere iscritta/o alla associazione "Insurance Skills Jam - Il Convivio Assicurativo" in qualità di Socio Ordinario per l'anno 2024 mediante versamento della quota annuale di 140,00 euro da corrispondere a mezzo bonifico bancario da effettuarsi sul Conto Corrente, intestato all'Associazione presso

Banco BPM - Banca Popolare di Milano
MILANO - VITTORIA
Corso Porta Vittoria 28
20122 Milano
Con le seguenti coordinate (IBAN)
IT83A0503401737000000046129

A tale scopo dichiara di :

- conoscere e condividere le idealità statutarie, di non aver avuto e di non avere in seguito alcuna condotta che possa contraddire i valori e le finalità dell'Associazione e si impegna ad osservare lealmente lo statuto
- che i suoi soci presentatori, che sottoscriveranno la presente domanda sono

_____

_____ lì_____ Firma _____

Ai sensi dell'Art. 196 del 30 giugno 2003 ed aggiornamenti e di quanto previsto dalla normativa comunitaria (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali n. 679/2016, GDPR e successive modifiche) dichiara inoltre espressamente di aver preso visione e di accettare integralmente la Privacy Policy di Insurance Skills Jam - Il Convivio Assicurativo. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il sottoscritto ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI per gli scopi inerenti le attività associative. Dichiara inoltre di esonerare sin d'ora l'Associazione ed i suoi organi da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione e che non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione

_____ lì_____Firma _____

Controfirma Soci ai sensi art.5 dello Statuto

_____ _____ _____