DOMANDA DI PRIMA AFFILIAZIONE ANNO SPORTIVO 2019-2020

Denominazione _____

CAP_____ Città_____Prov_____

Indirizzo_____

Tel._____ Fax_____ Cell._____

E-mail_____ PEC_____

Specialità primaria_____

Codice fiscale (obbligatorio)

Partita IVA

Consiglio direttivo	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Telefono
Presidente				
Vice Presidente				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Rapp. Atleti				
Rapp. Tecnici				

Con la firma della presente si accettano:

- lo Statuto e i Regolamenti F.I.Bi.S. ed i loro aggiornamenti e revisioni;
- gli accrediti delle somme sul CC bancario dell'associazione_____

Codice IBAN (obbligatorio)

Con la sottoscrizione del presente modulo dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy pubblicata sul sito internet www.fibis.it e si acconsente altresì che i dati ivi indicati vengano divulgati per fini istituzionali dalla F.I.Bi.S. con qualsiasi mezzo di comunicazione, ivi compresa la pubblicazione sul sito internet federale nel rispetto della normativa in materia di privacy di cui al D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n.679/2016.

…….…….…. …….

(luogo e data) *(timbro e firma Presidente)*

SPAZIO RISERVATO ALLA F.I.Bi.S.

Domanda pervenuta in data _____

Affiliazione accettata in data _____

Codice identificativo assegnato_____