



DOMANDA DI ADESIONE PAZIENTE A SOCIO ORDINARIO

Il/la sottoscritto/a,
nato a, il.....,
professione/specializzazione(°),
compatibilmente con i propri impegni, aderisce in qualità di **SOCIO ORDINARIO**
all'ASSOCIAZIONE ITALIANA MUCOPOLISACCARIDOSI e MALATTIE AFFINI (ONLUS) in breve A.I.MPS
(ONLUS), autorizzando la stessa ad inserire nella propria banca dati tutte le proprie informazioni; autorizzare l' A.I.MPS 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@mucopolisaccaridosi.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

Centro dove è stata emessa la diagnosi:

Luogo e data in cui è stata emessa la diagnosi: TELEFONO.....

Nome del medico che ha dato la diagnosi: TELEFONO.....

Nome del medico di base: TELEFONO.....

ERT: SI - NO (barrare la scelta: se SI, compilare sotto)

Centro Clinico dove viene effettuata l'infusione:

Medico di riferimento del Centro Clinico:

Indichiamo il nostro peso: N.ro di fiale usate:

Se è stato effettuato trapianto di midollo osseo: SI - NO ((barrare la scelta: se SI, compilare sotto)

Centro dove è stato effettuato: Nome medico di riferimento: Data in cui è stato effettuato:

.....

Luogo e data di compilazione