



DOMANDA DI ADESIONE PARENTE 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

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

cognome	nome	sindrome
.....

Luogo e data di compilazione