



ONDE ARMONICHE
APS - ETS

Spett.le Consiglio Direttivo
ONDE ARMONICHE APS - ETS
PIAZZA GIUSEPPE GARIBALDI, N. 8
70056 MOLFETTA (BA)
TEL/WHATSAPP (+39) 080 7951383
Email: info@ondearmoniche.it
www.ondearmoniche.it

OGGETTO: RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE "ONDE ARMONICHE APS-ETS"

(persona fisica) Il/La sottoscritto/a _____
nat_ a _____ il _____
residente in Via _____ n° _____ Comune _____
CAP _____ Provincia _____ Tel/Cell _____
E-mail _____

(soggetto giuridico) L'Associazione/Società/Comitato _____
In persona del Legale rappresentante/Presidente p.t. _____
C.F. _____ residente in _____
P.IVA/C.F. _____ iscritta/registrata a _____
il _____ con sede legale a _____ Via _____ n° _____
CAP _____ Comune _____ Provincia _____
Tel/Cell _____ E-mail/pec _____

Chiede a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso nella qualità di socio, più precisamente

- Socio sostenitore per le persone fisiche
- Protocollo d'Intesa per i soggetti giuridici

dell'Associazione Onde Armoniche APS, condividendone le finalità istituzionali. Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituite, impegnandosi altresì a versare una donazione minima di € 30,00 a mezzo contante oppure a mezzo bonifico all'IBAN **IT11H054244156000001003951** intestato a ONDE ARMONICHE APS-ETS, Piazza Giuseppe Garibaldi n. 8 - 70056 Molfetta (BA), con la causale "CONTRIBUTO VOLONTARIO DONAZIONE (Nome e Cognome)", al fine di dimostrare la sua appartenenza e collaborazione al raggiungimento dei fini prefissati dall'associazione Onde Armoniche APS. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare l'Atto costitutivo e lo Statuto associativo. Individuo come sistema di comunicazione la e-mail e/o comunicazione telefonica all'indirizzo/numero indicato dal richiedente.

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Ricevo l'informativa sull'uso dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 e smi, acconsento al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo di sostenitore.

Luogo _____ Data _____ Firma _____