

QUOTA SOCIALE ANNUALE
(validità 1 settembre - 31 agosto):

€20

da versare a:

A.S.D. Orizzonte Qigong

Via Felice Poggi, 7

20131 Milano

IBAN: IT53S0103051571000000996523

Causale: Quota sociale + Nome e Cognome



Inviare il modulo a

info@orizzonteqigong.it





Domanda di ammissione a socio alla
ASD ORIZZONTE QIGONG
Affiliata ACSI
Sede legale VIA FELICE POGGI, 7 MILANO
C.F.: 97981120153



Spett.le Asd Orizzonte Qigong, affiliata ACSI

Oggetto: Domanda di ammissione a socio

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il ___ / ___ / ___ residente _____ cittadinanza _____

cell. (obbligatorio) _____

e-mail (obbligatorio) _____

CF :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla qualifica di SOCIO della vostra Associazione.

Il/La Sottoscritto/a, dichiara di conoscere lo Statuto (orizzonteqigong.it) ed il Regolamento, di accettarli integralmente, si impegna a fare quanto nelle sue possibilità per osservare le deliberazioni degli organi sociali, di conoscere le condizioni delle polizze assicurative presenti sul sito www.acsi.it.

Dichiara di essere a conoscenza del D. Lgs 196 del 30/6/2003 (Codice della Privacy) per tutela dei dati personali ed ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 13 e Art. 14 del Regolamento UE n° 2016/679 ("GDPR").

Dichiara inoltre, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 7 e successivi del Regolamento, di dare consenso al trattamento dei propri dati personali, ai fini della promozione ed informazione delle attività dell'associazione di cui alla succitata e separata informativa.

Autorizza gli organi statutari dell'Associazione, la Sede Provinciale, Regionale e Nazionale, ad usare i propri dati esclusivamente per promuovere ed informare sulle attività dell'associazione ACSI.

Il/La sottoscritto/a, richiede la tessera ACSI del SODALIZIO (ASD ORIZZONTE QIGONG)

Data ___/___/___

Firma _____

L'attività sportiva svolta dalla suddetta associazione è di tipo non agonistica per cui il SOCIO ci consegna un certificato medico di idoneità sportiva.

Chiede la copertura assicurativa base.

Data ___/___/___

Firma _____