



Associazione  
Logopedisti Lombardi  
Federata F.L.I.

## RINNOVO ISCRIZIONE ANNO 2010

*(modulo da compilare, firmare e far avere alla Segreteria Amministrativa)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

sede lavorativa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

socio dell'Associazione Logopedisti Lombardi – ALL – (federata FLI)

**DICHIARA** di aver pagato la quota associativa annuale di € 80.00 ( per chi effettua il pagamento nel periodo 01-01-2010 / 31-03-2010 dopo tale data sarà applicata una penale 4% )

con bonifico bancario, di cui si allega la fotocopia, effettuato presso la Banca \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ a favore del

C/C n.35079 CIN: F - ABI: 06906 - CAB: 01629 intestato alla Associazione ALL presso la Banca Regionale Europea - agenzia 129 Ospedale Maggiore di Milano, via Francesco Sforza 35

IBAN : IT02C0504801669000000035079

causale: “ – indicare chiaramente cognome e nome del socio – quota ALL 2010 “

con versamento in contanti fatto alla Segreteria in data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma