

RICHIESTA DI RINNOVO ISCRIZIONE

l_ sottoscritt _____

Noto/a anche con il nick name _____

chiede il rinnovo dell'iscrizione all'Associazione Sindrome di Tourette AST-SIT onlus per l'anno

*A tal fine allega copia della ricevuta di versamento di _____Euro (quota minima 30 euro)
effettato in data _____*

_____ *Lì* _____ *Firma* _____

***NEL CASO IN CUI SIANO CAMBIATI I DATI FORNITI LO SCORSO ANNO, SI PREGA DI
SPECIFICARE DI SEGUITO SOLAMENTE L'INFORMAZIONE DA AGGIORNARE:***

Via _____ *n°* _____ *C.A.P.* _____

Località _____ *Provincia* _____

Tel. _____ *Cell* _____

Professione _____

Email _____