

Modulo di Iscrizione a Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia

Da compilare, stampare e spedire in busta chiusa a

Associazione Italiana per la Ricerca sulla Distonia - Via Roma, 39 – 23855 Pescate (LC)

oppure scannerizzare e inviare via mail a segreteria@distonia.it

DESIDERO DIVENTARE SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SULLA DISTONIA

Nome Cognome

Data di Nascita Luogo di Nascita (.....)

Indirizzo di Residenza: Via

CAP Comune (.....)

Tel. Cellulare

Email@.....

IN QUANTO:

PAZIENTE

- Indicare tipologia di Distonia
- Indicare nome proprio medico di riferimento
- Indicare se si gode di esenzione: NO SI, se si indicare quale:
 - Esenzione RF0090 per Malattia Rara o per Distonia di Torsione Idiopatica
 - Esenzione RFG168 per Distonia Primaria
 - Altro tipo di esenzione
- Indicare se si ha invalidità: NO SI

FAMILIARE DI UN DISTONICO

MEDICO

OPERATORE SANITARIO

ALTRO (INDICARE IL MOTIVO)

NOTE:

Vi prego di inviarmi ulteriori informazioni a proposito di:

Quali criticità incontro nella mia condizione di Distonico:

Desidero iscrivermi come Socio ordinario e ho versato l'importo di Euro 20,00 mediante:

- Bonifico bancario a IBAN IT24C0760101600000013839279
- Bollettino postale C/C postale 13839279 - IBAN IT24C0760101600000013839279
Presso: Ufficio Postale di Segrate (MI), Via Conte Suardi, n. 69
- Bonifico bancario a IBAN IT12P0329601601000067170447
Presso: FIDEURAM SPA – 20122 Milano (MI), Corso di Porta Romana. 16

Intestato a: ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA RICERCA SULLA DISTONIA - Via Roma, 39 – 23855 Pescate (LC)

“Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003”

Data

Firma