

A tal fine trasmette:

Ricevuta del pagamento della quota associativa pari a € 10,00;

Ricevuta del pagamento di donazione in favore dell'Associazione pari a € _____

Da versare al conto intestato a ASS. TUTELA PAZIENTI CANNABIS MEDICA APS ETS (banco BPM)

IBAN: IT78X050341600000000002958

Tipo di adesione:

Paziente

Sostenitore/ricce

Professionista della salute

Esperto/a di cannabis

Luogo e data

Firma

_____ |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|

N.B. La quota associativa ammonta ad € 10,00, la stessa ha durata annuale.

TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritta, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs.196/2003:

Nota: rinnegare le prime due scelte non permette di partecipare.

- Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa;

Si

No

- Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa;

Si

No

- Presta il suo consenso per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicati nell'informativa;

Si

No

Luogo e data

Firma

_____ |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|

TUTELA PAZIENTI CANNABIS MEDICA

Tel 389/5066746 - E Mail: tutelapazienticannabismedica@gmail.com -PEC: tutela.pazienticannabismedica@legalmail.it
www.tutelapazienticannabismedica.it