

QUOTA SOCIALE 2024

- RINNOVO
 NUOVA ISCRIZIONE



Io sottoscritto/a _____

di professione _____

Via _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Cell _____

e-mail _____

Codice Fiscale _____

presa visione dello Statuto e del Regolamento chiede di aderire alla **SOCIETÀ ITALIANA FUNGHI MEDICINALI (SIFM-ETS)** in qualità di:

- SOCIO ORDINARIO (euro 80,00)
- SOCIO SOSTENITORE (euro 160,00)
- SOCIO ORDINARIO JUNIOR/STUDENTE (euro 50,00)
- SOCIO ORDINARIO SENIOR (euro 50,00)

Autorizzo l'utilizzo dei miei dati personali ai sensi della legge 31/12/1996 N°675 per l'esercizio delle attività della Società Italiana Funghi Medicinali e per il raggiungimento delle finalità previste dallo Statuto.

Data _____

Firma _____

La donazione liberale può essere effettuata mediante versamento bancario intestato a:

Società Italiana Funghi Medicinali
IBAN IT44W0503414022000000002973 – SWIFT BAPPIT21T53
presso BANCO BPM – PISA Ag. 2

Inviare copia del modulo e del bonifico bancario a: segreteria@sifunghimedicali.it