



AIRPP

Associazione Italiana
Ricerca Patologie Polmonari

Il sottoscritto _____

Nato a _____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Telefono fisso _____ Cell _____

E-mail _____

Codice fiscale _____

Chiede di essere iscritto all'AIRPP

Contribuendo ad una quota annua di € 15,00 in qualità di Socio Ordinario

+ € _____ (eventuale donazione).

Il pagamento della quota associativa indicata sarà effettuato:

- Tramite Bonifico Bancario** - IBAN: IT27 T0306909 6061 0000 0152 155 - Intesa Sanpaolo - Filiale di Milano, via Monte di Pietà n. 8 - Intestato a: Associazione Italiana Ricerca Patologie Polmonari.
- Tramite pagamento Paypal** collegandosi al sito web dell'AIRPP.
- Di persona** presso la sede scientifica: Istituto di Anatomia Patologica - Via A. Gabelli n.61, 35121 Padova.

Le verrà recapitata la ricevuta del pagamento.

Si prega di inviare questa scheda compilata **in ogni sua parte** all'indirizzo e-mail airpp.onlus@gmail.com

Data _____

Firma _____