



MODULO DI ISCRIZIONE – RINNOVO

Da inviare alla attenzione di Fabrizio Zeri
Segretario della Accademia Italiana Lenti a Contatto A.I.LAC
Via G.B.Bodoni, 6 00153 Roma
Tel e Fax 06/57133143
WEB: www.ailac.org
EMAIL: segreteria@ailac.org

Il sottoscritto (cognome, nome): _____

chiede di essere **iscritto** alla AILAC o di **rinnovare**
l'iscrizione come socio

- ordinario**
- aggregato**
- studente**

Indirizzo: _____

Cap: _____ Città: _____ Prov. _____

Tel. / _____ Fax: / _____ Email _____

Data e Luogo di nascita: _____

CF/PI: _____

Qualifica: _____ **N. Tessera (per rinnovo):** _____

Quote associative (le quote associative vengono versate per un biennio)

Iscrizione (solo all'atto della prima iscrizione) Euro 10,00
Quota associativa biennale (Socio Ordinario) Euro 90,00
Quota associativa biennale (Socio Aggregato) Euro 280,00
Quota associativa biennale (Socio Studente) Euro 50,00

Totale Prima Iscrizione Socio Ordinario 10+90=100 Euro
Totale Prima Iscrizione Socio Aggregato 10+280=290 Euro
Totale Prima Iscrizione Studente 10+50=60 Euro

- Allego bonifico a favore della AILAC sul c/c n.3377 del Credito Artigiano Ag. n.7 di Roma,
ABI 03512 CAB 03207 di Euro _____
- Allego assegno non trasferibile (intestato alla AILAC) di Euro _____

Firma: _____ Data _____

Con la compilazione di questo tagliando autorizzo la Accademia Italiana Lenti a Contatto A.I.LAC a inserire/mantenere i miei dati negli elenchi e ad usarli per le attività sociali della stessa nel rispetto di quanto disposto dalla legge n. 675 del 31-12-1996 in materia di dati personali. I dati rilasciati possono essere modificati, aggiornati o cancellati a seguito di semplice comunicazione.

MODULO DI ISCRIZIONE - RINNOVO