

S.A.I. – SOCIETÀ ASSISTENZIALE ITALIANA

Alphydevägen, 4-6 131 35 Nacka

Tel. 08 – 716 60 98

Pg. 19 38 17 - 4

DOMANDA D'ISCRIZIONE/MEDLEMSANSÖKAN

*Il sottoscritto chiede con la presente di fare parte della
SOCIETÀ ASSISTENZIALE ITALIANA in qualità di socio.
La data d'iscrizione sarà quella del versamento della quota sociale.*

COGNOME: EFTERNAMN:	
NOME: FÖRNAMN:	
INDIRIZZO: ADRESS:	
CODICE POSTALE: POSTNUMMER:	
LOCALITÀ: POSTADRESS:	
TELEFONO: TELEFON:	
LUOGO DI NASCITA: FÖDELSEORT:	PROVINCIA DI:
DATA DI NASCITA: FÖDELSEDATUM:	
CITTADINANZA: NATIONALITET:	

CONVALIDA DEL SOCIO: GODKÄNT AV:
CONSEGNATA ALLA SEGRETERIA IL: LÄMNAT TILL SEKRETARIAT DEN:
APPROVATA DAL CONSIGLIO IL: GODKÄNT AV STYRELSEN DEN:
QUOTA VERSATA IL: AVGIFT BETALD DEN:

DATA E LUOGO/PLATS OCH DATUM	FIRMA/NAMNTECKNING