



Associazione Sviluppo e Promozione
Ente del Terzo Settore

Io Sottoscritto/a
Nata/o ail
Residente a CAP
in Via /Piazza
Telefono e-mail

Chiedo ADESIONE RINNOVO

a suddetta Associazione, impegnandomi a perseguire le finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale delle attività di interesse generale esercitate da ASP e previste dallo Statutoe sono al corrente che, a norma dello Statuto, gli associati sono tenuti

“all’adempimento, sollecito, collaborativo e secondo buona fede, degli obblighi derivanti dallo Statuto, dai Regolamenti e dalle deliberazioni associative; fra i quali l’obbligo di contribuire alle necessità economiche dell’Associazione mediante il pagamento della quota associativa fissata periodicamente dall’Organo Amministrativo”

Dichiaro di aver versato la somma di **€. 30,00** a titolo di quota associativa per l’anno **2024** tramite:

BONIFICO BANCARIO (IBAN:IT67C0306909606100000016836)

CONTANTI

Autorizzo l’utilizzo dei miei dati personali unicamente ai fini delle rilevazioni interne all’Associazione

Data Firma.....

Il/la Sottoscritto/a

ha pagato quota associativa ASP di **€. 30,00** per l’anno **2024**

Data..... Firma ASP.....