



# Modulo Iscrizione

Il/la sottoscritto/a			
Nato/a	a	il	
Codice fiscale			
Medico di famiglia			Codice
Codice assistito	(vedi tessera sanitaria)		
Residente a			CAP
Indirizzo	Via	N°	
Telefono Abitazione			
Cellulare			
E-mail			
Professione			
Titolo di studio			
Azienda di lavoro			
N° telefono lavoro			
Come desideri essere contattato (un'opzione)	E-mail	SMS su cellulare	Lettera
Note			
Come sei venuto a conoscenza dell'esistenza e delle motivazione dell'AVIS?			

Desidero poter consultare l'esito dei miei esami da donazione sul sito <a href="http://www.aviscrema.it">www.aviscrema.it</a> attraverso l'inserimento di un codice segreto personale	Si	No
---	----	----

Visti ed approvati lo Statuto e i regolamenti di questa Associazione di Volontariato

**CHIEDE**

di essere iscritto alla sezione comunale A.V.I.S. di Crema

FIRMA

Crema, li .....

.....

-----  
**Giorni di apertura Segreteria:** Martedì, Giovedì, Venerdì dalle 17 alle 19

Sabato dalle 10 alle 12 – Domenica dalle 11 alle 12

**E-mail:** [Info@aviscrema.it](mailto:Info@aviscrema.it) - [segreteria@aviscrema.it](mailto:segreteria@aviscrema.it) **Sito Internet:** [www.aviscrema.it](http://www.aviscrema.it)

-----  
Codice Fiscale 82010280194

Ente riconosciuto con Legge N° 49 del 20.2.1950