

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____
e residente a _____ C.A.P. _____
in via _____ n. ____ tel. _____
tel. cellulare _____ tel. lavoro _____
e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto/a all' AVIS Comunale di Macerata come Socio Donatore Effettivo
e dichiara di accettare le norme di Statuto e Regolamento associativo in vigore.

A tale scopo si sottoporrà ad una serie di esami di controllo gratuiti (esame del
sangue e urine, elettrocardiogramma, radiografia del torace), presso il Servizio
Immunotrasfusionale dell'Ospedale di Macerata, per accertare lo stato di salute.
(tutti i giorni feriali dal lunedì di al sabato).

Firma

Macerata ____/____/____
