

MODULO DI ISCRIZIONE

CODICE LABORATORIO

NUMERO ADMO

Chiedo l'iscrizione all'Associazione, accettando contestualmente l'inserimento nel Registro Italiano Donatori Midollo Osseo. Sono al corrente che tale iscrizione è gratuita.

DA COMPILARSI IN STAMPATELLO

COGNOME NOME

(per le donne coniugate, nome e cognome del marito)

Indirizzo N.

C.A.P. Città Prov.....

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita

Tel. abitazione Tel. ufficio Cell.

E-mail

Data Firma

SECONDO INDIRIZZO CHE ADMO UTILizzerà SOLO IN CASO DI MANCATA REPERIBILITÀ

COGNOME NOME

Indirizzo N.

C.A.P. Città Prov.....

Tel. abitazione Tel. ufficio Cell.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI D.LGS. 30/06/2003, N. 196 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13, decreto legislativo 196/2003, unitamente a copia dell'art. 7 del Decreto Legislativo medesimo ed attesta il proprio libero consenso al trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili sopra citati, nei limiti e per le finalità precisati nell'informativa stessa.

Data Firma

1^a copia bianca per ADMO - 2^a copia gialla per il centro

ADMO Trentino

www.admotrentino.it

Sede Legale
Banca del sangue
Via Malta, 8 - 38122 Trento
Tel. 0461 904374

Sede Operativa
Via Sighele, 7 - 38122 Trento
Tel. 0461 933675 - Fax 0461 394195
info@admotrentino.it

Cassa Rurale di Trento
IT09 H083 0401 8020 0000 1710590
BIC CCRITIT276A

C.F. 96049630229

MODULO DI ISCRIZIONE

CODICE LABORATORIO

NUMERO ADMO

Chiedo l'iscrizione all'Associazione, accettando contestualmente l'inserimento nel Registro Italiano Donatori Midollo Osseo. Sono al corrente che tale iscrizione è gratuita.

DA COMPILARSI IN STAMPATELLO

COGNOME NOME

(per le donne coniugate, nome e cognome del marito)

Indirizzo N.

C.A.P. Città Prov.....

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita

Tel. abitazione Tel. ufficio Cell.

E-mail

Data Firma

SECONDO INDIRIZZO CHE ADMO UTILizzerà SOLO IN CASO DI MANCATA REPERIBILITÀ

COGNOME NOME

Indirizzo N.

C.A.P. Città Prov.....

Tel. abitazione Tel. ufficio Cell.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI D.LGS. 30/06/2003, N. 196 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13, decreto legislativo 196/2003, unitamente a copia dell'art. 7 del Decreto Legislativo medesimo ed attesta il proprio libero consenso al trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili sopra citati, nei limiti e per le finalità precisati nell'informativa stessa.

Data Firma

1^a copia bianca per ADMO - 2^a copia gialla per il centro

ADMO Trentino

www.admotrentino.it

Sede Legale
Banca del sangue
Via Malta, 8 - 38122 Trento
Tel. 0461 904374

Sede Operativa
Via Sighele, 7 - 38122 Trento
Tel. 0461 933675 - Fax 0461 394195
info@admotrentino.it

Cassa Rurale di Trento
IT09 H083 0401 8020 0000 1710590
BIC CCRITIT276A

C.F. 96049630229