



**AMMI**onLUS  
ASSOCIAZIONE MALATI MENIÈRE INSIEME

Casella postale n. 6068 Ufficio Roveri  
Via Canova 19/2 – 40138 BOLOGNA

Sede legale Via Domokos, 3 – 40141 BOLOGNA

C.F. 91333950375

---

Il/La sottoscritto/a

Cognome ..... Nome .....

Via .....

Città ..... Provincia ..(.....).... C.A.P. ....

Luogo e data di nascita .....

Tel. .... Cell. ....

e-mail .....

Codice Fiscale .....

dato atto che il testo dello Statuto è pubblicato sul sito web dell'Associazione ed in ogni caso integralmente visibile al momento dell'iscrizione, condividendo le finalità, lo Statuto ed i regolamenti

**chiede**

**di essere ammesso/a come associato/a all'Associazione "A.M.M.I. Onlus"**

**Associazione Malati Menière Insieme Onlus**

Data .....

Firma .....

