



Modulo di partecipazione

8 agosto 2009

Giornata dalle emozioni forti

Si prega di compilare in STAMPATELLO

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita: _____ prov.: _____ Data di nascita: ___/___/19__

Indirizzo: _____ N°: _____

Cap: _____ Località: _____ prov.: _____

E-mail _____ SMS (obbligatorio): _____

Si prega di segnare con la crocetta

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL VOLO DELL'ANGELO € 30,00

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'AGRITURISMO € 20,00

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Versamento su conto corrente postale n. 17008715 intestato a Ente Nazionale Sordi Foggia – Causale: “volo dell'angelo”.

N.B. (Diverse persone possono fare insieme un unico versamento; per fare questo nella causale dovranno essere specificati i vostri cognomi e il tipo di pacchetto scelto)

N.B. Un'eventuale rinuncia per qualsiasi motivo dopo aver pagato non potrà essere rimborsabile.

Il/la sottoscritto/a Autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini dell'organizzazione dell'iniziativa in oggetto, in conformità alla L.196/2003.

Data e Luogo _____

Firma _____

Inviare il modulo di partecipazione e la copia della ricevuta del versamento

entro e non oltre il 25 luglio 2009

inviando via Fax: 0881/310849