

**CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv**  
c/o Centro di Riferimento Oncologico  
V. Gallini, 2, 33081 Aviano (PN)  
e-mail: [cfs@cro.it](mailto:cfs@cro.it) - [www.stanchezzacronica.it](http://www.stanchezzacronica.it)  
C.F. 94033510309

## **SCHEDA DI ADESIONE**

Oggetto: **Richiesta di ammissione alla CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv**

*Cognome e nome* \_\_\_\_\_

*Data di nascita* \_\_\_\_\_

*Indirizzo* \_\_\_\_\_

*Telefono* \_\_\_\_\_

*E-mail* \_\_\_\_\_

*Professione* \_\_\_\_\_

Con la presente chiedo di essere ammessa/o in qualità di socia/o alla CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA odv.

**Sono affetta/o da CFS/ME**  *SI*  *NO*  
**Ritengo di essere affetta/o da CFS/ME**  *SI*  *NO*

**Versamento sul c/c n. 0740009430 1H presso BANCA INTESA SAN PAOLO,  
ABI 03069; CAB 64773; IBAN IT58M0306964773074000094301, intestato a  
CFS/ME ASSOCIAZIONE ITALIANA, dell'importo di € 5,00 quale quota associativa.**

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Sono disponibile a dare il mio nominativo ad altri associati per eventuali contatti telefonici**

**SI**

**NO**