

SCHEMA DI RINNOVO SPR-IAG

Nome:

Cognome:.....

Email:.....

Telefono: :.....

Ente di appartenenza.....

**chiede di essere iscritto all' SPR Italy Area Group versando la quota associativa
corrispondente alla categoria dichiarata:**

- € 50,00 **Socio Ordinario** (per psicologi, psicoterapeuti, medici)
- € 25,00 **Studiante** (tirocinanti post-lauream, dottorandi e assegnasti di ricerca, allievi delle scuole di specializzazione in psicoterapia e psicologia clinica)

Anno per cui chiede il RINNOVO:

MODALITÀ DI VERSAMENTO DELLA QUOTA CON BONIFICO BANCARIO

SPR-Italia

IT08X0100503206000000002978

Causale: Nome e Cognome, Rinnovo SPR IAG – anno

Consenso obbligatorio

Dichiara di acconsentire ai sensi e per gli effetti delle disposizioni della legge n. 675/96 al trattamento dei dati personali in conformità con le disposizioni dell'art. 13 della legge 1996 n.675.

- Autorizzo SPR-IAG inserire i dati nel libro soci o donatori.

Consenso facoltativo

- Autorizzo a inserire il nominativo nell'elenco soci pubblico sul sito di SPR-IAG.
- Autorizzo SPR-IAG a usare i dati per aggiornarmi, tramite corrispondenza mail, sulle attività dell'associazione.

Data,

firma