AiC Associazione Italiana Celiachia

Toscana

Per iscriversi o rinnovare la quota annuale di **AIC TOSCANA APS**
è necessario compilare il bollettino postale in ogni sua parte
Le quote previste sono:
€ 35,00 socio ordinario (indicare nella causale nome e cognome se minore),
€ 10,00 socio familiare (indicare nella causale nome e cognome del familiare già socio ordinario),
€ 10,00 socio celiaco/diabetico (indicare nella causale l'associazione diabetici cui si è iscritti),
€ ..... socio sostenitore (per importi superiori alla quota prevista per il socio ordinario)

Vi ricordiamo che va sempre indicato il **codice fiscale** di chi esegue il pagamento.

Puoi effettuare il pagamento della quota associativa (nuova iscrizione o rinnovo) direttamente sul sito **toscana.celiachia.it** sezione paga online

Per ulteriori informazioni contatta la nostra sede:
Via Buoncompagno da Signa 22C | 50058 Signa (FI) | Tel. 055.8732792 | Fax 055.8790627
e-mail: segreteria-regionale@celiachia-toscana.it

Ti ringraziamo per il sostegno ad AIC Toscana

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Versamento — BancoPosta

AiC Associazione Italiana Celiachia Toscana — € sul C/C n. 11424512 di Euro ,

CODICE IBAN IT71S0760113800000001142451 2

importo in lettere .....

INTESTATO A:
AIC ASSOCIAZIONE ITALIANA CELIACHIA TOSCANA APS

CAUSALE
☐ nuova iscrizione ☐ rinnovo anno .....
causale _____
☐ € 35 ☐ € 10 ☐ € ..... **C.F.** _____

ESEGUITO DA:

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITA'

BOLLO DELL'UFF. POSTALE

AVVERTENZE
Il bollettino deve essere compilato in ogni sua parte (con inchiostro nero o blu) e non deve recare abrasioni, correzioni o cancellature. La causale è obbligatoria per i versamenti a favore delle Pubbliche Amministrazioni. Le informazioni richieste vanno riportate in modo identico in ciascuna delle parti di cui si compone il bollettino.

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Accredito — BancoPosta

€ sul C/C n. 11424512 di Euro ,

TD 451

CODICE IBAN IT71S0760113800000001142451 2

importo in lettere .....

INTESTATO A:
AIC ASSOCIAZIONE ITALIANA CELIACHIA TOSCANA APS

CAUSALE
☐ nuova iscrizione ☐ rinnovo anno .....
causale _____
☐ € 35 ☐ € 10 ☐ € ..... **C.F.** _____

ESEGUITO DA:

RESIDENTE IN VIA - PIAZZA

CAP LOCALITA'

Aut. DB/SISB/E 22066- del 02/03/07

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE
codice bancoposta

IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE
importo in euro numero conto td

000011424512< 451>