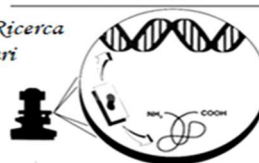
**AIRPP***Associazione Italiana Ricerca
Patologie Polmonari***O.N.L.U.S.**

Il sottoscritto _____

Nato a _____

Residente a _____ Via _____ CAP _____

Telefono fisso _____ Cell _____

E-mail _____

Codice fiscale _____

Chiede di essere iscritto all'AIRPP

Contribuendo ad una quota annua di € 15,00 in qualità di Socio Ordinario

+ € _____ (eventuale donazione).

Il pagamento della quota associativa indicata sarà effettuato:

- ☐ **Tramite Bonifico Bancario** - IBAN: IT27 T0306909 6061 0000 0152 155 - Intesa Sanpaolo -
Filiale di Milano, via Monte di Pietà n. 8 - Intestato a: Associazione Italiana Ricerca
Patologie Polmonari.
- ☐ **Tramite pagamento Paypal** collegandosi al sito: <http://www.airpp.it/>
- ☐ **Di persona** presso la sede scientifica: Istituto di Anatomia Patologica - Via A. Gabelli n.61,
35121 Padova.

Le verrà recapitata la ricevuta del pagamento.

Si prega di inviare questa scheda compilata **in ogni sua parte** all'indirizzo e-mail
airpp.onlus@gmail.com.

Data _____ Firma _____