



Cognome:
Nome:
Data di nascita:
Indirizzo:

CAP:
Città:
Prov:
Telefono/cellulare:
E-mail:

- Sono affetto da Sindrome di Arnold Chiari (AC1)
- Sono affetto da Siringomielia (SM)
- Non sono affetto da AC1 o da SM ma chiedo di diventare socio sostenitore

Data

Firma

.....

La quota di iscrizione annuale di 30€, e/o una libera donazione, possono essere versate mediante:

- Assegno intestato a AIMA-Child-Onlus
- Bonifico sul c/c n. 1096 intestato ad Associazione Italiana Malformazione di Arnold-Chiari Child-Onlus presso la filiale di Busto Arsizio (VA) della Banca di Credito Cooperativo BCC (IBAN: IT30W084042280000000001096)
- Vaglia postale intestato a AIMA-Child-Onlus, Via Arezzo 19 21052 BUSTO ARSIZIO (VA)

La richiesta verrà esaminata dal direttivo di AIMA-Child, come previsto dallo statuto.

Da inviare:
per posta a: AIMA-Child-Onlus, Via Arezzo 19 21052 BUSTO ARSIZIO (VA)
per e-mail a: segreteria@arnold-chiari.it