

# SCHEDA DI ADESIONE

Da ritagliare ed inviare:

via fax al n. **045-9239904** oppure via e-mail all'indirizzo **segreteria@airett.it**  
**entro il 6 giugno 2010**



## DATI

Nome ..... Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... Cap .....

Telefono ..... Cellulare .....

E-mail .....

Medico (specificare qualifica) .....

Operatore (specificare qualifica) .....

Genitore

Numero genitori presenti

Figlia presente

Altri figli presenti      maschi       numero       età anni

                                 femmine       numero       età anni

Numero partecipanti al pranzo sabato 19 giugno

Numero partecipanti cena sabato 19 giugno

Firma.....

## N.B.

- prezzo pranzo: € 25 cad. per adulti; € 15 cad. per bambini
- prezzo cena: € 32 cad. (€ 22 per gli associati in regola con l'iscrizione) per adulti; €15 cad. per bambini; gratis per le "bimbe dagli occhi belli".

*Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali desideriamo informarLa che i dati personali da Lei volontariamente forniti saranno trattati, da parte dell'A.I.R. adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.*