



MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE SOCI ANNO 2018

Al Consiglio direttivo iConic Club Arezzo

Richiesta tesseramento valido per tutto l'anno solare 2018, con scadenza il giorno 31 Dicembre.

(*tutti i campi sono obbligatori)

Il sottoscritto

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F

Nato a: _____ Provincia: _____ Nazione: _____

il: ____ / ____ / ____ indirizzo residenza: _____ n° _____ CAP.: _____

Comune di: _____ Provincia: _____

Professione: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

CHIEDE

di essere ammesso all' iConic Club Arezzo per l'anno 2018 in qualità di **SOSTENITORE**.

A tal fine dichiara di avere preso visione del regolamento presente, di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità del Club. L'iConic Club si riserva di accettare o respingere la richiesta.

All'atto di accettazione da parte del Consiglio Direttivo della domanda di ammissione, il richiedente si impegna a versare la quota di iscrizione annuale di € 20,00 (venti/00) e a versare la quota annuale di € 10.000,00 (diecimila/00) per beneficiare dei servizi **BLACK CARD**.

A tal fine dichiara: Di esonerare l'Associazione iConic Club da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma _____, li ____ / ____ / ____

Le comunicazioni potranno essere inviate via e-mail, sms, telefono

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo

Firma

Inviare richiesta via email a: info@iconicresort.com oppure via fax 0575.964728

Allegare copia di un documento valido

(a cura dell'iConic Club) N.Richiesta _____ Data accettazione _____