

ALLA SEGRETERIA
DELL' **A.GI.FAR. MN**
VIA MARANGONI 18
46100 MANTOVA
☎ TEL. 0376 327670

Io sottoscritt .. _____
nat .. a _____ il _____
residente a _____ c.a.p. _____
in via _____ n. _____
tel _____ / _____ fax _____ / _____ e-mail _____
studente laureato in Farmacia C.T.F.
presso l'Università' di _____ il _____
iscritto all' Ordine dei Farmacisti di _____

CHIEDO

di essere iscritto all'**A.GI.FAR. Mantova** in qualità di Socio Effettivo
o come Sostenitore (al compimento del trentottesimo anno di età) per l'anno 20 ____.
Dichiaro di :

- aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Interno dell'Agifar MN ;
- rispondere ai requisiti necessari ;
- impegnarmi a versare la quota associativa annuale .

Data _____ In Fede _____

✂

Non scrivere nello spazio sottostante

Il Consiglio Direttivo dell' **A.GI.FAR. Mantova** approva la presente
domanda di iscrizione in data _____ .

Il Segretario _____

Note :

