



Associazione Ticinese Paziente Insufficienza Renale

FORMULARIO DI ADESIONE

1. Cognome: _____ Nome: _____
Indirizzo: _____
CAP: _____ Località: _____
No Tel (priv): +41 _____ No Cellulare: +41 _____
No Tel (uff.): +41 _____
Indirizzo (e-mail): _____
2. Sono un paziente con/in:
☐ Insufficienza renale cronica ☐ Trapiantato ☐ Altro
☐ Emodialisi in ospedale ☐ Emodialisi a domicilio
3. Desidero diventare socio dell'ATPIR Regione Ticino ☐ Si ☐ No
4. Desidero una copia dello statuto dell'ATPIR ☐ Si ☐ No
5. Per la nostra attività (riunioni, gite, conferenze, ecc.) avrei le seguenti proposte:
6. La quota minima di Fr. 30.- (franchi trenta) è da versare mediante le seguenti coordinate bancarie menzionando «Quota sociale (...anno del versamento...) ATPIR»:

UBS Switzerland SA

IBAN: CH83 0020 6206 9409 1101 U

Conto Corrente Postale

IBAN: CH43 0900 0000 6500 4176 8

Data: . .

Firma:.....