**FORMULARIO DI ADESIONE**

1. Cognome:       Nome:

Indirizzo:

Indirizzo (e.mail):

CAP:       Località:

No Tel (priv): +41      No Cellulare: +41

No Tel (uff.): +41

1. Sono un paziente con/in:

Insufficienza renale cronica  Trapiantato  Altro

Emodialisi in ospedale  Emodialisi a domicilio

1. Desidero diventare socio dell’ATPIR Regione Ticino  Si  No
2. Desidero una copia dello statuto dell’ATPIR  Si  No
3. Per la nostra attività (riunioni, gite, conferenze, ecc.) avrei le seguenti proposte:

1. La quota minima di Fr. 30.- (franchi trenta) è da versare mediante le seguenti coordinate bancarie:

**Credit Suisse**, 6901 Lugano **Conto Corrente Postale**  
conto N° 372219-50-1 conto N° 65-4176-8  
IBAN CH76 0483 5037 2219 5000 1 IBAN: CH43 0900 0000 6500 4176 8

Data:   .  .     Firma:……………………………………………..