**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:……………………………………………..