

# ADESIONE A SOCI@ 2023



**Medicina  
Democratica**  
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

 **NUOVA ADESIONE**

BARRARE LA CASELLA OPPORTUNA

 **RINNOVO**

Spett. associazione  
MEDICINA DEMOCRATICA  
Movimento di Lotta per la salute  
Via dei Carracci, 2  
20149 - MILANO

www.medicinademocratica.org  
segreteria@medicinademocratica.org  
tel .02.49.84.678

CODICE FISCALE: 97349700159  
comunicazioni GDPR: privacy@medicinademocratica.org

La/il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

## RICHIEDE

di far parte dell'Associazione MEDICINA DEMOCRATICA -  
Movimento di lotta per la salute in qualità di socia/o per l'anno 2023

Dichiara di essere a conoscenza e di osservare lo Statuto sociale e i regolamenti interni all'Associazione.

Si impegna a versare, contestualmente all'accettazione di questa domanda, la somma di:

 **50 €**

Quota annuale sostenitore  
con invio per il medesimo periodo  
della rivista in formato cartaceo

 **35 €**

Quota annuale ordinaria  
con invio per il medesimo periodo  
della rivista in formato cartaceo

 **10 €**

Quota annuale rivolta solo  
alle persone che lo richiedano  
e che documentino il loro status  
di appartenenti a categorie  
svantaggiate  
, ovvero disoccupati, cassintegrati,  
esodati, lavoratori con  
contratti "precari" (cd "legge Biagi")  
con invio della rivista per il medesimo  
periodo in formato elettronico

VERSAMENTO DA EFFETTUARE CON BONIFICO BANCARIO O PRESSO LA SEZIONE LOCALE:

IBAN: **IT31 D050 3401 7080 0000 0018273** INTESTATO A MEDICINA DEMOCRATICA  
OPPURE CON BOLLETTINO POSTALE CCP: **1016620211** INTESTATO A MEDICINA DEMOCRATICA -  
IBAN POSTE: **IT-02-K-07601-10800-001016620211**

Per una maggiore velocità ed una riduzione dei costi, **tutte le informazioni inerenti la vita della associazione e le comunicazioni ai soci saranno inviate tramite mail all' indirizzo sopra indicato.** Chiediamo di comunicare tempestivamente qualsiasi modifica dell' indirizzo e-mail o comunicarci volontà differente di ricezione delle informative (via posta) all'indirizzo: [segreteria@medicinademocratica.org](mailto:segreteria@medicinademocratica.org) o via posta ordinaria alla sede di Milano.

FIRMA \_\_\_\_\_

AREE DI COMPETENZA E/O INTERESSE:

Tutela dei dati personali (Privacy GDPR) - Ho letto il testo "Privacy policy" allegato al presente documento e facente parte integrante del modulo di iscrizione.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ex regolamento (UE) n. 2016/679 (GDPR). Medicina Democratica utilizzerà questi dati per le sole finalità statutarie.

Il titolare del trattamento a cui rivolgersi per aver conto dei propri dati è il presidente della associazione Medicina Democratica con sede in via dei Carracci, 2 - 20149 Milano

SE SONO STATI PRESI CONTATTI SUL TERRITORIO,  
INDICARE LA SEZIONE DI APPARTENENZA:

FIRMA \_\_\_\_\_

INVIARE VIA E-MAIL all'indirizzo: [segreteria@medicinademocratica.org](mailto:segreteria@medicinademocratica.org)  
NEL CASO DI NUOVA ADESIONE, SPEDIRE LA DOMANDA IN ORIGINALE ALLA SEDE DI MILANO