



Associazione Italiana Pazienti  
con Apnee del Sonno / ONLUS  
[www.sleepapnea-online.it](http://www.sleepapnea-online.it)

Spett.le Consiglio Direttivo A.I.P.A.S.-ONLUS

Via Giovanni Vittani 5, 20157 Milano

**Oggetto: Richiesta di adesione all'Associazione.**

Per iscriversi basta compilare il modulo di iscrizione ed effettuare un bonifico di **€.30,00** come **quota sociale annua**, sul CC con **IBAN: IT34Y0503420301000000008962**, presso **Banco BPM, intestato ad Associazione italiana Pazienti con Apnee del Sonno-ONLUS** ed inviare copia della ricevuta con il modulo compilato a: [info@osas-aipas.it](mailto:info@osas-aipas.it)

---

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via/Corso \_\_\_\_\_

Tel./cell: \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

chiede a questo spett. le Consiglio Direttivo, di essere ammesso/a quale Socio Ordinario dell'Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno, condividendone le finalità istituzionali. Il sottoscritto/a si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli Organi Associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo Statuto Associativo.

**Individuo come sistema di comunicazione con l'Associazione:**

Indirizzo email/PEC e n° di tel/cell. Sopra elencati.

Luogo-----, Data-----, Firma-----

Ricevuta l' informativa sull' utilizzazione dei miei dati personali ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), acconsento al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all' adempimento di ogni obbligo di legge. Consento anche che i dati riguardanti l' iscrizione, siano comunicati agli Enti con cui l' Associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all' adempimento degli obblighi previsti dalla Legge e dalle Norme Statutarie.

Luogo-----, Data-----, Firma