



COMPILARE IL MODULO AVENDO CURA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO E INVIARLO VIA FAX CONTESTUALMENTE ALLA CONTABILE DI AVVENUTO PAGAMENTO AL NUMERO 06/43599566; NON VERRANNO ACCETTATI PAGAMENTI UNICI PER PIU' AFFILIAZIONI; Tutti i campi segnalati con il simbolo [*] sono obbligatori. Le domande di affiliazione prive di tali informazioni rimarranno congelate fino alla comunicazione da parte dell'affiliato delle stesse.

OFFICIAL STRIDING CENTER - TESSERAMENTO ANNO 20.....*

Ragione Sociale * Nome del Centro *

Partita IVA * Codice Fiscale *

Indirizzo * Civico * Cap *

Città * Provincia * Telefono *

FAX Sito Web

INDIRIZZO E-MAIL *

Numero Tadis Striding * Disponibilità a ospitare Corsi di Formazione*: **SI** **NO**

DICHIARA

Di aver preso atto delle clausole che regolano la presente associazione e di volersi associare alla International Striding® Academy come Centro Affiliato. A tal fine porge domanda. Dichiara inoltre di avere effettuato il pagamento della quota associativa di cui allego copia

- Pari a 150,00 € come associazione per solo l'anno 20___ comprensiva di affiliazione ad MSP Italia e registrazione nel registro CONI se ne ricorrono i requisiti (solo per Ass. Sp. Dilettantistiche) **OBBLIGATORIO COMPILARE la "SEZIONE 1" A mezzo (Inserire nella causale del pagamento: Tesseramento Anno 20___ e IL NOME DEL CENTRO):**
- Bonifico Bancario sul C.C. intestato a *Associazione Sportiva Dilettantistica International Striding Academy* IBAN: **IT 64 I 0200805184000400324011** NOME DELLA BANCA: Unicredit (Roma/Casalbertone).
- Entro 48 ore dal Bonifico Bancario, e' obbligatorio per convalidare l'Affiliazione, inviare via fax al n. +39 06.43599566, la copia del modulo compilato in ogni sua parte in stampatello (i moduli illeggibili non verranno ritenuti validi) – e della ricevuta attestante l'avvenuto pagamento. Successivamente all'invio del fax, assicurarsi tramite telefono (**+39 06.43680159 o + 39 3407120023**) dell'avvenuto ricevimento.

SEZIONE 1:

PRESIDENTE	
Nome	Cod. Fisc.:
Cognome	Indirizzo: civ.
Data di Nascita / /	CAP: Città: ()
Luogo di Nascita:	Tel.
VICE-PRESIDENTE	
Nome	Cod. Fisc.:
Cognome	Indirizzo: civ.
Data di Nascita / /	CAP: Città: ()
Luogo di Nascita:	Tel.
CONSIGLIERE	
Nome	Cod. Fisc.:
Cognome	Indirizzo: civ.
Data di Nascita / /	CAP: Città: ()
Luogo di Nascita:	Tel.

Data * Firma e Timbro *

Sottoscrivendo il modulo si dichiara di esprimere il consenso all'utilizzo dei dati in esso contenuti, giusto il disposto della legge sulla privacy n. 196 del 30/06/03 e relativa informativa disponibile sul sito www.stridingsystem.com.

I marchi registrati STRIDING® sono di proprietà . In nessun caso le parole STRIDING®, Stride® e Strider® o la figura del marchio Striding possono essere utilizzate per produrre e/o commercializzare prodotti quali: abbigliamento, borse, accessori, prodotti di formazione, prodotti nutrizionali, bevande, videocassette, DVD, compact disc musicali, cassette audio, o essere utilizzate in associazione con qualsiasi altro logo o nome commerciale.