



Associazione Produttori Apistici



## ISCRIZIONE SEMIARIO APITERAPIA

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a .....il.....residente  
nel

comune di .....cap.....(.....)

in via/fraz./loc.....n.....tel.....

cellulare.....email.....

..

codice fiscale.....

- Costo del corso 40 euro per i soci e 80 euro per i non soci

Per completare l'iscrizione si prega di allegare al presente modello la ricevuta di pagamento della quota d'iscrizione.

Bonifico: INTESA SAN PAOLO

IT04 G030 6909 6061 0000 0067 825

Bollettino: n. 12606554

Per informazioni rivolgersi all'Associazione Toscana Miele al numero 0583/57525.

.....li.....20..

In fede.....

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a in relazione alla informativa fornita ai sensi dell'art. 10 L.675/96 esprime il consenso previsto dagli articoli 11 e 20 della citata legge, quindi acconsente al trattamento dei propri dati personali ed aziendali per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Associazione nonché per la realizzazione delle attività descritte nell'informativa. Esprime altresì il consenso per la comunicazione e diffusione dei dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie individuate nella suddetta informativa.

Firma .....