

Spett.le  
Consiglio Direttivo  
**Associazione PharmacomItalia**  
Via Padre Perilli, 46

00125 Roma

**OGGETTO: RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ legale rappresentante  
della società \_\_\_\_\_  
con sede locale in via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
  
Comune \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**Dati Fiscali Azienda:**

Partita Iva: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Codice SDI: \_\_\_\_\_

**Quota Associativa (indicare la quota prescelta):**

**Socio Ordinario** Euro 1.800,00 \_\_\_\_\_ **Socio Plus** Euro 3.600,00 \_\_\_\_\_ **Socio Sostenitore** Euro 5.000,00 \_\_\_\_\_

**Chiede**

a questo spett.le Consiglio Direttivo di ammettere la propria società quale socio dell'Associazione condividendone le finalità istituzionali. Il sottoscritto si impegna a far sì che la propria società, i propri dipendenti e collaboratori rispettino le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto associativo.

Nominativo della persona da indicare come riferimento per le comunicazioni PharmacomItalia:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_  
Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_