



DISTRETTO

DOMANDA DI AMMISSIONE come SOCIO NBHA ITALIA – ANNO 2012

Nome _____ Cognome _____

Residente in Via _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Luogo e data di Nascita _____

Codice fiscale _____

N°tel _____ N° Patente FISE _____

Indirizzo e-mail _____ (obbligatorio)

CENTRO IPPICO _____

QUOTA ASSOCIATIVA 100€

Dichiara di accettare integralmente lo statuto dell'Associazione

Firma
