



Sede Regionale Via Ponte Nuovo , 2 04022 Fondi (LT) - C.F. 90071320593 - Tel.338-6029280

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
MAIL \_\_\_\_\_



CHIEDE L'ISCRIZIONE A LAPEL –LAZIOPEDIATRIALIBERA.IT

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

- Allego copia del bonifico bancario mensile
  - Allego copia del bonifico bancario semestrale
  - Allego copia bonifico bancario annuale

Alla BANCA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
TITOLARE DEL CONTO

**DELEGA** codesta Banca a trattenere dai propri emolumenti ed a versare presso la

**FILIALE DELLA BANCA 05387-BPER BANCA SPA**  
**IBAN: IT 47J 05387 74160 0000 0 3216053**  
**BIC: BPM0IT22XXX**

a favore di LAZIOPEDIATRICALIBERA-LAPEL , la quota associativa nella misura di €

La delega ha validità annuale e decorre dal 1° giorno del mese in corso, fino alla revoca da parte del sottoscritto/a, che vi dovrà pervenire solo per mezzo A/R.

li,

## FIRMA