

Domanda di iscrizione all'Avis di Quartu Sant'Elena

| | | | | | |
|--|--|--|------------------|--|----------------------------|
| Titolo | | COGNOME E NOME | | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |
| Luogo di nascita | | Provincia | | Data di nascita | |
| Gruppo organizzato | | | | | |
| Medico di base | | Tessera sanitaria | | | |
| Indirizzo (Residenza) | | | | | |
| Telefono | | | | | |
| Città | | CAP | | Provincia | |
| E-mail | | | | | |
| Cellulare | | | | | |
| Indirizzo (Domicilio) | | | | <i>(Se identico alla residenza lasciare tutto in bianco)</i> | |
| Telefono | | | | | |
| Città | | CAP | | Provincia | |
| Località | | | | | |
| Punto di prelievo | | CONDIZIONE NON PROFESSIONALE | | <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Benestante <input type="checkbox"/> Invalido <input type="checkbox"/> Inabile <input type="checkbox"/> Altra | |
| TITOLI DI STUDIO <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Laurea | | | | | |
| PROFESSIONE <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Artigiano <input type="checkbox"/> Commerciante <input type="checkbox"/> Impiegato <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Operaio <input type="checkbox"/> Professionista <input type="checkbox"/> Militare <input type="checkbox"/> Religioso | | RAMO DI ATTIVITA' | | <input type="checkbox"/> Agric. Foreste, Caccia, Pesca <input type="checkbox"/> Industria costruzioni <input type="checkbox"/> Industria manifatturiera <input type="checkbox"/> Energia, Acqua, Gas <input type="checkbox"/> Commercio <input type="checkbox"/> Pubblica amministrazione <input type="checkbox"/> Trasporti e comunicazioni <input type="checkbox"/> Credito e Assicurazioni <input type="checkbox"/> Altri Servizi | |
| Luogo di lavoro | | | | | |
| Telefono centralino | | | Telefono diretto | | |
| Riferimento famiglia <small><i>(Rispondere Sì se il richiedente è capofamiglia di altri Soci della stessa sede Avis)</i></small> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Sabato <input type="checkbox"/> Domenica | | Iscritto AIDO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO | | Iscritto ADMO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO | |
| Annotazioni | | | | | |
| Chiede di essere iscritto all'Avis come SOCIO DONATORE EFFETTIVO e dichiara di accettare le norme dello Statuto e del Regolamento associativo in vigore. | | | | | |
| Data | | Firma | | | |