

# Modulo di iscrizione EASV

V.Parini, 9 Cervia (Ra)  
Tel. 0544/972301  
Fax. 0544/972501  
www.easv.org



Tipo di tessera .....  Membri Sostenitori (110.00Euro) .....  Membri Studenti (60.00Euro)

Nome ..... Cognome .....

Ragione Sociale .....

P.IVA / CodiceFiscale ..... (P.IVA obbligatoria per le aziende)

Professione .....

Via ..... n° .....

CAP ..... Città ..... Pr.....

Telefono ..... / .....

Fax ..... / .....

e-mail .....

## **Metodo di Pagamento:**

- Allego Assegno Bancario N..... Banca.....  
Agenzia..... di lire.....

Non trasferibile intestato a Accademia Europea di Sport Vision e spedisco con il modulo di iscrizione presso l'indirizzo indicato sopra.

- Pago con Carta di Credito ..... Numero.....  
intestata a ..... Valida fino al .....  
la cifra di lire .....

- Pago in Contrassegno al ricevimento del materiale di Membership.

FIRMA