



Spett.le
Associazione **UN SOFFIO DI SPERANZA.**
IL SOGNO DI EMANUELA ONLUS
Via Casone dei Capecchi 14/A
51100 Pistoia
ilsognodiemanuela@gmail.com

Richiesta di adesione all'Associazione in qualità di socio per l'anno _____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ C.F. _____

Residente in Via/Piazza _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel. _____ fax. _____ Cell. _____ E-mail. _____

Professione _____

avendo preso visione dello Statuto¹, chiede di poter aderire all'Associazione Un soffio di Speranza. Il sogno di Emanuela ONLUS in qualità di socio come indicato all'art.4.

A tale scopo, dichiara di condividere gli obiettivi espressi all'art.3 dello Statuto dell'Associazione e di voler contribuire, in quanto socio, alla loro realizzazione.

Prende atto che l'adesione è subordinata all'accettazione da parte del Consiglio Direttivo, come previsto dall'art. 4 dello Statuto. Dichiara che, in caso di accettazione della domanda di adesione quale socio, verserà la quota associativa annuale prevista per il corrente anno in Euro 20,00 (venti/00)², mediante:

- Bonifico su C.C. Banca Alta Toscana Fil. Bottegone intestato a
Un Soffio di Speranza Il sogno di Emanuela IT25Y0892213801000000513464;
- Assegno Bancario/Circolare non trasferibile intestato a
Un Soffio di Speranza Il sogno di Emanuela;
- Tramite Addebito Diretto SEPA compilando il modulo allegato;
- In contanti³

Richiedo ricevuta attestante il versamento effettuato

IMPORTANTE: Nella causale del versamento indicare: **"Contributo socio"**.

Per gli anni successivi, l'importo della quota sociale sarà stabilito, come previsto dall'art. 6 dall'assemblea degli aderenti e tale quota verrà versata dai soci entro e non oltre 30 giorni dalla data di detta assemblea. In caso di mancato pagamento il socio si ritiene automaticamente dimissionario come previsto dall'art.4 lett. c.

Data _____ Firma _____

D.lgs 196/93 – TUTELA DELLA PRIVACY

Il / La Sottoscritto/a, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/93, al trattamento di tutti i dati riportati nel presente modulo di adesione, compresi i futuri eventuali aggiornamenti e/o modifiche dallo/a stesso/a comunicate, per tutte le finalità statutarie dell'Associazione Un soffio di Speranza. Il sogno di Emanuela ONLUS avente sede legale a Pistoia, Via Casone dei Capecchi 14/A.

Data _____ Firma _____

- (1) Copia dell'atto costitutivo e dello statuto è visibile sul sito dell'Associazione : www.unsoffiodisperanza.it
- (2) Le erogazioni liberali effettuate a favore di Un soffio di speranza. Il sogno di Emanuela ONLUS sono deducibili o detraibili dal reddito nei limiti e con le modalità stabilite per legge. Se richiesto, l'Associazione provvederà ad inviare all'indirizzo indicato (preferibilmente tramite email oppure per posta ordinaria) ricevuta attestante il versamento.
- (3) Le erogazioni liberali in contanti non possono beneficiare delle agevolazioni fiscali. Le erogazioni liberali in denaro, per essere detraibili o deducibili, devono essere effettuate tramite banca, ufficio postale o mediante gli altri sistemi di pagamento previsti dall'articolo 23 del D.Lgs. 9 luglio 1997, n. 241, ovvero tutte le modalità di pagamento sopra indicate tranne "in contanti".

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA Core (R.I.D.)



UN SOFFIO DI SPERANZA - IL SOGNO DI EMANUELA ONLUS
 Associazione di volontariato a sostegno della cura
 e della ricerca sulle malattie polmonari rare.

Coordinate dell'Azienda Creditrice (Codice assegnato dall'Azienda creditrice al debitore)⁽¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Coordinate Bancarie del Conto da addebitare

Nome Banca: _____ **Filiale di** _____

IBAN:

COD. PAESE IBAN CIN CODICE ABI CAB NUMERO CONTO CORRENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Generalità del sottoscrittore della quota associativa

Nome e Cognome: _____

Indirizzo: _____

Tel. _____ **E mail:** _____

Comune: _____ **Provincia:** _____

Cod. Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Generalità del titolare del conto corrente⁽²⁾

Nome e Cognome: _____

Firma del titolare del conto corrente

Cod. Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicazioni particolari: Numero delle quote da addebitare tramite il medesimo Addebito diretto (max 3)⁽³⁾, numero di scadenze annue.⁽⁴⁾

Numero quote sociali da addebitare su questo modello: _____

Scadenze annue⁽⁵⁾:

- Singola scadenza da addebitare in data 15 dicembre di ogni anno (importo totale della quota associativa, per il 20... € 20.00)
- Due scadenze annue addebitate in data 15 giugno e 15 dicembre di ogni anno (ognuna della metà dell'importo totale)

Eventuale secondo sottoscrittore della quota associativa⁽⁶⁾

Nome e Cognome: _____

Indirizzo: _____

Tel. _____ **E mail:** _____

Comune: _____ **Provincia:** _____

Eventuale terzo sottoscrittore della quota associativa⁽⁶⁾

Nome e Cognome: _____

Indirizzo: _____

Tel. _____ **E mail:** _____

Comune: _____ **Provincia:** _____

AUTORIZZAZIONE

L'azienda creditrice si impegna a comunicare ogni anno, entro il 30 aprile, l'importo della quota associativa per l'anno in corso. Detta comunicazione potrà avvenire, a scelta del debitore⁽⁵⁾ tramite
 € l'invio di un SMS al numero indicato nel presente modulo;
 € l'invio di una mail all'indirizzo di posta elettronica indicato nel presente modulo.
 Il debitore autorizza la banca sopra indicata ad addebitare sul c/c identificato dall'IBAN sopra riportato, nelle date di scadenza indicate, tutti gli addebiti diretti inviati dall'Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate su riportate, a condizione che vi siano sul c/c da addebitare, disponibilità sufficienti al momento dell'esecuzione dell'operazione di addebito.

Luogo e data

Firma del sottoscrittore

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA Core (R.I.D.)



UN SOFFIO DI SPERANZA - IL SOGNO DI EMANUELA ONLUS
Associazione di volontariato a sostegno della cura
e della ricerca sulle malattie polmonari rare.

CONDIZIONI

Il debitore prende atto che al presente mandato SEPA sono applicate le condizioni indicate nel Contratto di conto corrente sottoscritto con la propria Banca, o in mancanza, le condizioni rese pubbliche presso gli sportelli della Banca stessa e tempo per tempo vigenti.

Il debitore ha facoltà di recedere in ogni momento, senza penalità o spese, dal presente accordo, mediante revoca scritta dell'autorizzazione, da inviare all'Azienda creditrice tramite posta o mail almeno 15 gg prima di ogni singola scadenza.

NOTE

- (1) Da compilare a cura dell'azienda Creditrice;
- (2) Compilare solo nel caso che il titolare del conto sia persona diversa dal sottoscrittore; il Codice Fiscale del Titolare del conto è facoltativo;
- (3) E' possibile addebitare tramite un singolo modello SEPA fino ad un max di 3 quote sociali indicando successivamente i nominativi dei soci da aggiungere a quello del sottoscrittore;
- (4) E' possibile addebitare su conto corrente la quota sociale annua in una singola rata dell'importo totale (il 15 dicembre di ogni anno) o in due rate ognuna di metà dell'importo totale (il 15 giugno ed il 15 dicembre di ogni anno). Per l'anno 2015 verrà effettuato un singolo addebito scadente il 15/12/15; chi vorrà effettuare il pagamento in due rate negli anni successivi dovrà comunque indicarlo sul presente modulo;
- (5) Barrare la voce che interessa;
- (6) Nominativi e dati dei soci la cui quota è addebitata su questo modello, diversi dal sottoscrittore;
- (7) Allegare un documento di identità valido del/i sottoscrittore/i.

MODALITA' DI ADESIONE E REVOCA

Per aderire alla sottoscrizione della quota associativa annuale con pagamento tramite addebito diretto SEPA, compilare in ogni sua parte il presente modulo, datato e firmato e consegnarlo con una delle seguenti modalità:

- o Direttamente ad uno degli addetti dell'associazione "Un Soffio di Speranza. Il Sogno Di Emanuela ONLUS"
- o Tramite posta con Raccomandata⁽⁷⁾ all'indirizzo: Un Soffio di Speranza. Il Sogno Di Emanuela ONLUS.
Via Casone dei Capecchi 14/A
51100 Pistoia
- o Tramite Email⁽⁷⁾ all'indirizzo ilsognodiemanuela@gmail.com

Per revocare il presente mandato, compilare e firmare il modulo sottostante e restituire all'azienda creditrice con le stesse modalità sopra riportate almeno 15 giorni prima di ogni singola scadenza.

REVOCA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____ residente in _____
via/piazza _____

DICHIARA

Di voler revocare, a partire dalla prossima scadenza, il presente mandato di addebito SEPA. La revoca è valida per i seguenti nominativi⁽⁵⁾⁽⁷⁾:

1. Sottoscrittore _____
2. Sottoscrittore 2 _____
3. Sottoscrittore 3 _____

_____,
Luogo e data

Firma dei sottoscrittori che revocano l'addebito