



DOMANDA DI AFFILIAZIONE PALESTRA ANNO 2009

AFFILIAZIONE

RIAFFILIAZIONE

Ragione sociale: _____

via: _____ n°: _____ Cap: _____

Città: _____ Prov: _____

Tel: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Nome e cognome rappresentante: _____

ATLETI DELLA SOCIETA' SPORTIVA:

Nome e cognome	Data di nascita	Nome e cognome	Data di nascita

Le quote di affiliazione, di euro 150 per le società sportive e di euro 30 per gli atleti, vanno versate tramite vaglia postale intestato a
W.D.F.P.F. Italia via IV novembre, 60 cap 22030 Lipomo (CO).

Inviare tutta la documentazione alla segreteria nazionale:
via IV Novembre 60, 22030 Lipomo (CO) tel. 031 283159
e-mail: wdfpf.italia@libero.it www.wdfpf-italia.com

Il Presidente della Società dichiara sotto la propria responsabilità di avere provveduto a formalizzare la loro posizione sanitaria come prescritto dalla legge e di essere in possesso dei loro certificati di idoneità.

DATA: _____

FIRMA: _____