



## QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE Euro 70,00 (settanta,00)

Nome: .....

Cognome: .....

Codice Fiscale: .....

E-mail: .....

Anno di pagamento:     2022             2021             2020             2019

## MODALITA' DI PAGAMENTO

- 1)  **BONIFICO BANCARIO A FAVORE DI AIPO- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI ONLUS**

**Coordinate bancarie:**

CIN    J  
ABI    03069  
CAB    09606  
C/C    100000119747  
IBAN    IT63 J030 6909 6061 0000 0119 747

INTESA SAN PAOLO SPA –MILANO

- 2)  **ATTRAVERSO ASSEGNO INTESTATO AD AIPO (NON TRASFERIBILE)**  
3)  **CON CARTA CREDITO (MODALITA' ONLINE)**

**Da compilare e rispedire, unitamente alla copia del bonifico a:**

SEGRETERIA SOCI AIPO-ITS : Via A. da Recanate 2 – 20124 Milano

VIA E-MAIL a: [aiposoci@aiporicerche.it](mailto:aiposoci@aiporicerche.it) - VIA FAX al numero 02/66790405