



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società

Sezione Provinciale di Avellino

MODULO DI PARTECIPAZIONE

IL SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE IN VIA _____ N° _____

CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ EMAIL _____

SEZIONE PROVINCIALE DI _____ TESSERA ENS 2016 _____

RICHIEDE

DI POTER PARTECIPARE ALL'ORGANIZZAZIONE DELLA 74° ANNIVERSARIO "GIORNATA
COMMEMORATIVA ENS". CHE SI TERRA' IL GIORNO DOMENICA 15 MAGGIO 2016.

SOCI ENS

N° _____ 25,00 € ADULTI

N° _____ 12,00 € BAMBINI

Scadenza 12/05/2016

PRANZO

CELIACA

NORMALE

DICHIARA

DI AVER PROVVEDUTO A VERSARE LA QUOTA DI PARTECIPARE IN EURO _____, IN CONTANTI.

TRAMITE BANCA NAZIONALE LAVORO AL QUESTO NUMERO: **IT56R010051510000000020382**

INTESTATO : **ENTE NAZIONALE DEI SORDI SEZIONE PROVINCIALE DI AVELLINO**

PER IL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALL'ORGANIZZAZIONE E DI ESSERE
CONSAPEVOLE CHE QUALORA NON POTESSE PARTECIPARE ALL'EVENTO LA QUOTA NON VERRA'

RESTITUITA. RISPOSTA ANCHE TRAMITE FAX AL NUMERO: **0825-34908** o **0825-783772** O TRAMITE E-MAIL:

AVELLINO@ENS.IT.

LUOGO E DATA

FIRMA