



Io sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Località _____ CAP _____ Provincia di _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

(I dati sopra richiesti sono obbligatori nei campi relativi a dati anagrafici, codice fiscale, almeno un riferimento telefonico e possibilmente un'indirizzo mail.)

chiedo di essere iscritto a codesta Associazione

- come socio ordinario: tessera PHCI ASD (85 € - validità anno 2023)
- come socio ordinario: tessera APHA (90 € - validità 12 mesi) + tessera PHCI ASD (85 € - validità anno 2023)
- come socio ordinario: tessera APHA (80 € online* - validità 12 mesi) + tessera PHCI ASD (85 € - validità anno 2023)
- come socio youth < anni 18: tessera APHA (40 € - validità 12 mesi) + tessera PHCI ASD (85 € - validità anno 2023)
- come socio youth < anni 18: tessera APHA (30 € online* - validità 12 mesi) + tessera PHCI ASD (85 € - validità anno 2023)

Il pagamento dell'importo dovuto può essere effettuato

con Bonifico Bancario intestato a Paint Horse Club Italia ASD presso MONTE DE PASCHI DI SIENA
IBAN * IT 93B0103051500000001123647

Non saranno accettate pratiche non accompagnate da relativo pagamento

***la tessera APHA in modalità online è sottoscrivibile solo per chi non è mai stato associato APHA o per chi fornirà i dati di accesso al portale myshowday**

Autorizzo codesta Associazione all'invio e al disbrigo delle mie pratiche presso l' APHA e chiedo che le comunicazioni e certificati riguardanti tali pratiche vengano inviate direttamente dall' APHA al sottoscritto/a. Esonero pertanto il PHCI ASD da qualsiasi responsabilità relativa all'invio di comunicazioni, certificati o documenti in genere emessi ed inviati dall'APHA stessa verso il sottoscritto/a.

Il PHCI ASD nel suo ruolo di intermediario fra il sottoscritto e l'APHA **non è responsabile** per la mancata registrazione di atti, il rilascio di documentazione in genere o la richiesta di integrazioni ritenute necessarie da parte dell'APHA stessa e **non è responsabile** dell'esito della pratica sia esso positivo che negativo.

Dichiaro inoltre di aver preso visione integrale e di aver ottenuto copia dello statuto e di accettarlo integralmente senza riserve.

Data _____ Firma _____

Per i minorenni:

Nome e cognome di un genitore:

Firma di un genitore:
