**ASSOCIAZIONE CONSORTI DIPENDENTI M.A.E.**

**QUOTA SOCIALE PER L’ANNO 2018**

Cognome e Nome ..…………………………………………………………..............

Indirizzo a Roma …………………………………………CAP……….……............

Telefono casa ………………………………..Cellulare……………………..............

E-mail…...……………………………………………………………………............

*(se all’estero)*

Ambasciata o Consolato:

……………………………...…………...……………………………………............

*(se a Roma)*

Ufficio del Consorte.....................................................................................................

Invio **€** ……………………….......………..............………(**€** 50,00) come quota di

partecipazione all’Associazione per l’anno 2018.

Il pagamento può essere effettuato anche tramite bonifico bancario intestato

all’Associazione Consorti presso la BNL M.A.E.

IBAN: IT 44 W0100503379000000012814

SWIFT: BNLIITRR

Vi consigliamo un ordine permanente

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------**

RICEVUTA

Abbiamo ricevuto da....................................................................................................

**€** ……………………………………………...............come quota di partecipazione

all’Associazione per l’anno 2018

Il Tesoriere

…………………….....

L’Ufficio dell’Associazione è aperto tutti i giorni dalle ore 10.30 alle 13.30 eccetto il sabato

(chiuso in Agosto).

Tel. 06/36913909 - Fax 06/36000038 - 06/36918679

E-mail: ***acdmae@esteri.it*** Sito web: ***www.acdmae.it***