



Associazione Nazionale Tutte le Età Attive per la Solidarietà APS

Via Po, 19 – 00198 Roma – Tel. 0644881101 – Fax 0644702644 – rete@anteas.org

DOMANDA DI RINNOVO AFFILIAZIONE 2025

L'ASSOCIAZIONE.....
..... Codice Fiscale..... con sede legale in
Via.....
CAP.....Comune.....Provincia.....
mail tel.
PEC..... **tramite il proprio Presidente e legale
rappresentante**

CHIEDE DI ESSERE AFFILIATA PER L'ANNO SOCIALE 2025

ALL'ANTEAS - Associazione Nazionale Tutte le Età Attive per la Solidarietà APS

E DICHIARA

a) di conoscere, accettare e rispettare lo Statuto e il Regolamento Nazionale dell'ANTEAS;

b)che il numero totale dei propri soci nel 2024 è stato... ..;

c)di aver versato Euro... .. quale quota di affiliazione per l'anno 2025 tramite bonifico bancario sul conto corrente avente IBAN IT04U0832703235000000002993 intestato ad ANTEAS.

Luogo e data_____

Firma_____

Timbro_____