

DICENTARE MEMBRO

Nome

Cognome

Indirizzo

NAP / località

Telefono

E-Mail

Diventare membro

Membro separato

Membro collectiva

Sono affetto da FC

Si

No

Abbiamo un figlio affetto da FC

Si

No

Nome del figlio/figli

Centro FC curante (per bambini/adulti con FC)

Sono vicino ad una persona affetta da FC

Si

No

Luogo / Data

Firma
