

## DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA COOPERATIVA

La/Il sottoscritta/o (o ragione sociale) \_\_\_\_\_,  
nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_,  
cap \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, farmacista, nella sua qualità di  
titolare ovvero legale rappresentante dell'azienda farmaceutica, denominata  
\_\_\_\_\_, sita in \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_,  
via/piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, partita IVA \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_.

### CHIEDE

al Consiglio di Amministrazione della Farma In. - Farmacisti Insieme Soc. Coop.,  
di essere ammessa/o in qualità di socio.

Al riguardo la/il sottoscritta/o, dichiara di aver letto e condiviso il contenuto dello  
statuto sociale della società.

In particolare la/il sottoscritto dichiara:

- di impegnarsi al rispetto dello statuto, degli eventuali Regolamenti Interni e delle deliberazioni sociali, nonché di favorire gli interessi della cooperativa;
- di sottoscrivere e versare la quota di capitale di Euro 250= Euro prevista dall'art. 19 dello statuto sociale ed Euro 250 per sovrapprezzo quote;
- di autorizzare al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge n. 196/03.

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

In fede

Allegati:

- copia di documento d'identità
- copia del codice fiscale