



## SCHEDA RINNOVO QUOTA ASSOCIATIVA

\_\_\_Sottoscritt\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ Abitante: Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Rinnovo quota anno:

- 2013
- 2014
- 2015
- 2016
- 2017
- 2018

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**PAGAMENTO: € 70,00**

**MODALITA' DI PAGAMENTO:**

BONIFICO BANCARIO su c/c intestato a: SIGM Società Italiana Ginnastica  
IBAN IT89B0760112900000018492413

**CAUSALE:**

Iscrizione Società Italiana di Ginnastica Medica e Rieducazione Motoria  
(specificare nome e cognome del richiedente unitamente all'anno di riferimento della quota saldata)

Il rinnovo alla SIGM si riterrà valido solo se corredato del relativo pagamento da inviare via mail a: [sigmginnasticamedica@gmail.com](mailto:sigmginnasticamedica@gmail.com)

Solo dopo la ricezione della documentazione si trasmetterà voucher di conferma.