



MODULO DI RICHIESTA CONTATTO

Il/La sottoscritto/a _____

Legale rappresentante dell'Azienda _____

Partita Iva _____ C.F. _____

Indirizzo sede _____

Tipologia d'azienda _____

Nr telefono _____ nr fax _____ cellulare _____

Indirizzo mail _____

chiede

all'Associazione Florovivaisti Bresciani di essere contattato in merito alla propria domanda di iscrizione all'Associazione.

Si dichiara altresì disponibile a ricevere le informative a mezzo mail che la stessa inoltrerà agli associati nell'attesa che la domanda venga perfezionata e accettata.

Ai sensi del Reg. UE 679/2016 Vi informiamo che i dati sopra riportati saranno trattati dall'Associazione Florovivaisti Bresciani per le sole finalità connesse ai servizi forniti dall'Associazione medesima nonché per adempiere agli obblighi normativi, in particolare, quelli contabili e fiscali.

L'informativa estesa è consultabile sul sito www.florovivaistibs.it

Luogo e data

Firma