



Scheda di prescrizione Progetto Benessere Fibromialgia 2023

Inviare compilata per WhatsApp al n. di cell. **3495800852**
oppure alla mail segreteria.amrer@gmail.com oppure via fax al 0510420251

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 17 aprile • 29 aprile 2023 | <input type="checkbox"/> 7 agosto • 19 agosto 2023 |
| <input type="checkbox"/> 1 maggio • 13 maggio 2023 | <input type="checkbox"/> 21 agosto • 2 settembre 2023 |
| <input type="checkbox"/> 22 maggio • 3 giugno 2023 | <input type="checkbox"/> 11 settembre • 23 settembre 2023 |
| <input type="checkbox"/> 22 maggio • 3 giugno 2023 (pom) | <input type="checkbox"/> 11 settembre • 23 settembre 2023 (pom.) |
| <input type="checkbox"/> 5 giugno • 17 giugno 2023 | <input type="checkbox"/> 25 settembre • 7 ottobre 2023 |
| <input type="checkbox"/> 5 giugno • 17 giugno 2023 (pom) | <input type="checkbox"/> 25 settembre • 7 ottobre 2023 (pom.) |
| <input type="checkbox"/> 19 giugno • 1 luglio 2023 | <input type="checkbox"/> 9 ottobre • 21 ottobre 2023 |
| <input type="checkbox"/> 24 luglio • 5 agosto 2023 | <input type="checkbox"/> 30 ottobre • 11 novembre 2023 |
| <input type="checkbox"/> 24 luglio • 5 agosto 2023 (pom) | <input type="checkbox"/> 13 novembre • 25 novembre 2023 |

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Telefono _____ Cell _____

Mail _____

Medico di Base _____ Specialista inviante _____

Soggiorno in albergo : Sì No

Note e comunicazioni:

Data:..... Firma..... 

Autorizzazione al trattamento dei dati secondo la DLgs 196/03 e ss. (legge sulla "privacy") – Reg UE n.679/2016 ("GDPR"): il sottoscritto autorizza, ai sensi della legge, il trattamento delle informazioni che ci vengono date o che ci verranno fornite in tempi successivi per le finalità legate alla realizzazione del presente progetto e per quanto lo Statuto AMRER assegna all'Ass. Malati Reumatici Emilia Romagna ODV - Via Ca' Selvatica 10/B – 40123 Bologna – CF 80095010379 – segreteria.amrer@gmail.com. Si autorizza inoltre AMRER ODV al trasferimento e gestione da parte di società terze dei relativi dati e documenti legati al presente progetto. Durante il corso saranno eseguite interviste, rilevazioni di gradimento e realizzato materiale foto/video che sarà utilizzato esclusivamente per attività istituzionale per documentare le attività e darne notizia tramite i canali dell'Associazione. Firmando la presente si autorizza AMRER ODV e le Società collegate e coinvolte nella presente attività all'utilizzo di quanto sopra descritto. Per eventuali modifiche e cancellazione di questa autorizzazione potete scrivere all'attenzione del Presidente AMRER Onlus alla mail segreteria.amrer@gmail.com manifestando le vostre intenzioni.

Data:..... Firma..... 

Per informazioni è possibile contattare:

Segreteria AMRER – Rif. Erica Lenzi - al numero 051.249045 – segreteria.amrer@gmail.com

Giovanna Gherla (solo per i soggiorni in albergo) Tel. 0546. 71045 – g.gherla@termediriolo.it

Solo per urgenze – Daniele Conti Cell. 349.5800852 – segreteria.amrer@gmail.com



Modalità di versamento ad AMRER Onlus

AMRER Onlus - Associazione Malati Reumatici Emilia Romagna

Sede Legale/Regionale: Via Ca' Selvatica, 10/B • 40123 Bologna • CF 80095010379

Tel. 051.249045 • Fax. 051.0420251 - Cell. 379 154 7205 (cell attivo in segreteria Bologna/Erica Lenzi)

www.amrer.it - segreteria.amrer@gmail.com

Orari Ufficio: Erica Lenzi (Lun. 9.00-17.00 / Merc. Giov. Ven. ore 9.30 – 13.00)

Presidente AMRER: Guerrina Filippi Cell. 335.6223895

Direttore: Daniele Conti – Cell. 349.5800852

Sede Gruppo Operativo Cesena • Via Serraglio, 18 - 47521 Cesena

Tel. 0547.611624 (lun. 16.00/18.00) • Referente: Edoardo Rossi cell. 335.1044856

Le donazioni/versamenti all'associazione sono eseguibili in una di queste modalità:

CONTO CORRENTE BANCARIO c/o UNICREDIT BANCA

intestato ad: **ASSOCIAZIONE MALATI REUMATICI EMILIA ROMAGNA**

Bonifico bancario / Giroconto:

c/c n. **2971809** - CIN L - CAB 02416 - ABI 02008 - Codice BIC Swift: UNICRITM1MP5

IBAN IT 72 L 02008 02416 000002971809

CUASALE: **Contributo / Donazione/Iscrizione etc**

/ oppure /

CONTO CORRENTE POSTALE

c.c.p. n. 12172409 (con classico bollettino postale / o postagiuro dal altro ccp.)

oppure **bonifico IBAN IT70 L076 0102 4000 00012172409**

intestato ad A.M.R.E.R. Onlus - Via Ca' Selvatica, 10/B - 40123 Bologna

CUASALE: **Contributo / Donazione/Iscrizione etc**

Ricordarsi sempre di specificare il **nome e cognome corrispondente alla persona che effettua il versamento**. Se possibile dare riscontro versamento via mail segreteria.amrer@gmail.com o fax n. 051.0420251 / wapp cell. 3495800852

Certificazione del contributo versato per attività Progetto Benessere Fibromialgia

Si informa che provvederemo a emettere regolare ricevuta di versamento contributo del progetto benessere entro 3 mesi dalla fine delle attività. Specifichiamo che, trattandosi di un contributo alle spese e non di una donazione, tale ricevuta non è fiscalmente detraibile in fase di dichiarazione dei redditi.