



(modulo da compilare per adesione
da consegnare in sede o inviare via mail andos.ottobrerosa@gmail.com)

“PER OTTOBRE ROSA 2024 A.N.D.O.S. TI REGALA LA PRIMA MAMMOGRAFIA”

LA SOTTOSCRITTA _____

NATA A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N. _____

TEL _____

MAIL _____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' **DI NON AVER MAI** EFFETTUATO UNA MAMMOGRAFIA E DI VOLER
ADERIRE ALL'INIZIATIVA INDETTA DA A.N.D.O.S. – COMITATO DI TOLMEZZO

SPAZIO RISERVATO AD A.N.D.O.S.:

() SI APPROVA

() NON SI APPROVA. MOTIVAZIONE _____

DATA APPUNTAMENTO _____

RIMBORSO EFFETTUATO IN DATA _____

EURO _____

FIRMA A.N.D.O.S. _____

FIRMA UTENTE _____

Sede legale: Via Spalto, 9/A – 33028 Tolmezzo (UD) **Sede operativa:** Via G.B. Morgagni, 18 (ingresso ospedale) 33028 Tolmezzo (UD)

Orario di apertura: lunedì e giovedì dalle ore 14.30 alle 16.30

Tel/Fax: 0433 488700 - **e-mail:** andostolmezzo@gmail.com - **www.**andostolmezzo.org

C.F.93003640302 **C/C Postale n.** 11612330 - **PrimaCassa** - IBAN IT41A0863764320000023049294