



MODULO DI ISCRIZIONE 2020

Il/La sottoscritto/a/Ragione Sociale _____

Indirizzo via _____ Comune _____ Prov _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Tel _____ Cell _____ E-mail _____

Codice ASUR _____

DICHIARA

(barrare le caselle che interessano)

- di possedere n. alveari _____ n. sciami _____ (solo per chi non ha delegato il Consorzio)
- di aver cessato l'attività di apicoltura
- di confermare i dati presenti in BDA per un totale di n. alveari _____ n. sciami _____ n. postazioni _____
- di voler apportare le seguenti **modifiche** ai dati presenti in BDA:

Postazione n.	Località	Alveari	Sciami	Coordinate

per nuove postazioni allegare località e coordinate geografiche

- di voler delegare ad operare a proprio nome e per proprio conto il Presidente in carica del Consorzio Apistico Provinciale di Pesaro e Urbino con sede a Pesaro in via B. Buozzi 6, carica attualmente rivestita dal sig. Ciabotti Mario, per l'inserimento in BDA di tutti i dati utili al fine dell'assolvimento degli obblighi derivanti dall'istituzione dell'Anagrafe Apistica Nazionale (art. 6 del Decreto 11 agosto 2014)
- di aver ricevuto l'informativa privacy sul trattamento dei dati personali
- di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa, nonché al trattamento dei dati personali da parte degli altri soggetti indicati nella predetta informativa per lo svolgimento delle attività necessarie all'attivazione ed alla gestione dei servizi richiesti dal sottoscritto
- di acconsentire al trattamento dei dati personali per attività promozionali a fini commerciali
- di prenotare i seguenti trattamenti:



2 di 2

Prodotto	Prezzo/confezione	Q.tà prenotata
Api Bioxal 35g (10 alveari)	9,30 €	
Api Bioxal 175g (50 alveari)	38,30 €	
Api Bioxal 350g (100 alveari)	65,60 €	
Maqs (10 alveari)	54,50 €	
ApiLife Var 2 tav (1 alveare)	3,70 €	
Apistan (5 alveari)	21,40 €	
Apivar (5 alveari)	24,50 €	
Apiguard 2 vasc (1 alveare)	3,90 €	
Apifor 60 (20 alveari)	54,60 €	

RIEPILOGO PAGAMENTO

Quota iscrizione 2020	
Censimento BDN 2019	
Rivista	
Assicurazione	
Trattamenti 2020	
Rimborso Trattamenti 2019	
TOTALE DA PAGARE	

Data _____

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO:

Pagamento: Contanti Bonifico bancario Assegno
 Effettuato Da effettuare

Data _____

Firma _____