



Associazione culturale

REVELSH BLIND BEHOLDERS APS

Foglio Compilazione dati per tesseramento RBB

Nome: * _____

Cognome: * _____

Nickname: * _____

Data di Nascita: * _____

Numero di Cellulare: * _____

Numero Fisso: * _____

Num. Fisso/Cel Alternativo: _____

Indirizzo email: * _____

Nick forum RBB: _____

Residenza

Via e Numero Civico: * _____

CAP: * _____

Città (Stato): * _____

Domicilio (se diverso da residenza *)

Via e Numero Civico: _____

CAP: _____

Città (Stato): _____

N.B. I Campi contrassegnati da * sono obbligatori