



ASSOCIAZIONE ITALIANA QUARTER HORSE

Luogo _____ il _____

Al Presidente
Associazione Italiana Quarter Horse

Io sottoscritto

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in Via _____ n. _____

Città _____ Provincia _____ Cap _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____ Cellulare _____

ID. NUMBER A.Q.H.A. _____ Scadenza tessera A.Q.H.A. _____

Chiede di essere iscritto a codesta Associazione per l'anno 2017:

Youth 0-18 anni 12 mesi - € 50,00

Annuale 12 mesi - € 80,00

Triennale 36 mesi - € 190,00

Life a vita - € 600,00

Firma _____

Allegare alla presente domanda copia della ricevuta di avvenuto pagamento:
Modalità di Pagamento: bonifico bancario **IBAN IT 93 D 08885 14200 000000026390**
causale: quota socio 2017 o tramite ccp 19525500

AIQH : Loc. Belvedere – Ingresso 5 – n. 28 – 53034 Colle Val d'Elsa – SI
Tel. 0577-931805 – Fax 0577-094615 - E mail: segreteria@aigh.it – www.aigh.it