



*Istituto Italiano per la Ricerca dei Bambini Scomparsi*

# ITALIAN MISSING CHILDREN INSTITUTE

*Dott.ssa Laura Donato*

Io sottoscritto/o (nome e cognome) .....

Nata/o a ..... il .....

Residente in via/piazza .....n° .....,

località....., provincia.....

Codice Fiscale.....

Chiedo di iscrivermi all'associazione Italian Missing Children Institute  
e mi impegno a versare il contributo di iscrizione e quota annuale di 20.00 euro all'IBAN

IT70W0200805219000105890137

Firma

Data

*Il presente modulo, compilato in tutte le sue parti e firmato, deve essere inviato alla mail  
info@italianmissingchildren.it*