



Comunale di:

MOD. L

ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE ODV _____

SCHEDA ANAGRAFICA - MANDATO ASSOCIATIVO _____ - ANNO _____

Indirizzo sede legale		_____		
Telefono		Email	Sito Web	
_____		_____	_____	
Anno di Fondazione	Iscr. Registro Volontariato	Numero Donazioni Anno _____	Numero Soci Anno _____	Coordinate Bancarie
_____	_____	_____	_____	_____

CONSIGLIO DIRETTIVO

1. Presidente - Rappresentante Legale - Delegato di Socio Persona Giuridica

Cognome	_____	Nome	_____
Luogo di nascita	_____	Data di nascita	_____
Residenza	_____		
Codice Fiscale	Telefono Personale	Email	
_____	_____	_____	

2. Vice Presidente

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

3. Segretario

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

4. Tesoriere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

5. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

6. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

7. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

8. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

9. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

10. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

11. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

12. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

13. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

14. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

15. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

16. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

17. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

18. Consigliere

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

DIRETTORE SANITARIO

Cognome	_____	Nome Dott.	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI (1 o 3 membri)

1. Presidente

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

2. Revisore

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

3. Revisore

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

COMMISSIONE VERIFICA POTERI (minimo 2 membri)

1. Presidente

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

2. Commissario

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

3. Commissario

Cognome	_____	Nome	_____
Codice Fiscale	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

DELEGAZIONE ASSEMBLEA SUPERIORE

1. Delegato di Soci Persone Fisiche

Cognome	_____	Nome	_____
Numero Soci	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

2. Delegato di Soci Persone Fisiche

Cognome	_____	Nome	_____
Numero Soci	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

3. Delegato di Soci Persone Fisiche

Cognome	_____	Nome	_____
Numero Soci	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

4. Delegato di Soci Persone Fisiche

Cognome	_____	Nome	_____
Numero Soci	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

5. Delegato di Soci Persone Fisiche

Cognome	_____	Nome	_____
Numero Soci	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

6. Delegato di Soci Persone Fisiche

Cognome	_____	Nome	_____
Numero Soci	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		

REFERENTE CONSULTA GIOVANI

Cognome	_____	Nome	_____
Numero Soci	_____	Telefono	_____
Residenza	_____		