



**ITALIAN AUTHORITY of BOXING (ITAB)**  
**Via chiesa della salute 97/b, 10147 Torino, ITA**  
**Tel: +39 (0) 01123414756 - +39 3387767216**  
web: [www.itaboxing.it](http://www.itaboxing.it) e.mail: [admin@itaboxing.it](mailto:admin@itaboxing.it)

**MODULO DI RICHIESTA AFFILIAZIONE  
QUALE GYM, PALESTRA, SOCIETA', PRESSO LA  
ITALIAN AUTHORITY OF BOXING (ITABoxing)**

**Programma degli contributi annuali :**

Il primo anno di affiliazione è gratuito. Inizierà a pagare dal prossimo anno.  
L'anno inizia il giorno della conferma di affiliazione da parte della ITABoxing.

Una volta ricevuta la modulistica completa, e nel caso la ITABoxing conferma la richiesta, riceverete il certificato di affiliazione tramite mail e/o posta.

**Grazie di rispondere in stampatello :**

Nome della società sportiva / Palestra : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

Codice postale : \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Partita Iva \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Legale rappresentante / presidente :

Nome, Cognome : \_\_\_\_\_

Altri componenti con ruolo :

Ruolo : \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo : \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo : \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Ruolo : \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nome della società sportiva / Palestra : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_\_ cellulare : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ e.mail : \_\_\_\_\_

Sito internet : \_\_\_\_\_, Pagina facebook : \_\_\_\_\_

Socials : \_\_\_\_\_

Grazie di allegare alla mail, il vostro logo.

Firma : \_\_\_\_\_ Data : \_\_\_\_\_