

Modulo di associazione al **Touring Club Italiano**

QUOTE ASSOCIATIVE TCI CAMPAGNA 2026

Tipo di associazione	Quota ordinaria €	Quota Cad Bam €	Nuovo Socio	Rinnovo
			Barrare la casella che interessa	
NUOVO Socio sostenitore	85,00	49,00	☐	
Socio sostenitore (rinnovo)	85,00	71,00		☐
Socio sostenitore triennale	188,00	171,00	☐	☐
Socio sostenitore decennale	496,00	479,00	☐	☐
Socio sostenitore con assistenza stradale 	110,00	96,00	☐	☐
Socio sostenitore triennale con assistenza stradale 	242,00	225,00	☐	☐
Socio familiare	28,00	24,00	☐	☐
Socio familiare con assistenza stradale 	53,00	49,00	☐	☐
Socio d'Oro	180,00	180,00	☐	☐
Socio d'Oro con assistenza stradale 	205,00	205,00	☐	☐
Socio Under 30	20,00	20,00	☐	☐
Socio Amico del Touring	39,00	39,00		
Assistenza AUTO Più 	29,00	29,00		

 per l'assistenza stradale dell'autoveicolo (1) e la assistenza AUTO Più (2) riportare:

(1) marca _____, modello _____ targa _____ cod. fisc. _____
(2) marca _____, modello _____ targa _____ cod. fisc. _____

PER I NUOVI SOCI	_____	_____	_____	_____
	COGNOME	NOME	APPELLATIVO	TELEFONO
	_____	_____	_____	_____
	VIA E NUMERO CIVICO	CAP	DATA NASCITA	CELLULARE
_____	_____	_____	_____	
	LOCALITA'	FRAZIONE	PROV	E-MAIL
NUOVO SOCIO PRESENTATO DA:				
	_____			TESSERA TCI
	_____	_____	_____	_____
	COGNOME	NOME	numero	cin

INDIRIZZO (indispensabile se non indicato numero di tessera)				
PER I RINNOVI	TESSERA TCI			
	_____	_____	_____	_____
	COGNOME	NOME	Numero	Cin

INDIRIZZO (indispensabile se non indicato numero di tessera)				

Desidero che il pacco Soci sia:

- ☐ recapitato presso il posto di lavoro: _____
☐ spedito al seguente indirizzo: _____
☐ ritirato presso la sede del Cad Bam – Via Cremona, 29 - 46100 Mantova (dopo avviso telefonico da parte della Segreteria)

Il sottoscritto, con il presente ordine irrevocabile, autorizza la Banca Monte dei Paschi di Siena a bonificare a favore del Touring Club Italiano C.so Italia 10 Milano la somma di euro _____ per l'Associazione al Touring Club Italiano secondo le modalità sopra indicate con addebito sul proprio c/c n. _____ funzionante presso la dipendenza di _____ (cod. _____) IBAN _____.

Dichiaro sottoscrivendo il presente modulo di espressamente acconsentire alla trasmissione dei dati a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 25135 Milano, che li potrà trattare per la gestione delle prestazioni di assistenza relative al soccorso stradale.

Luogo e data _____ firma del Socio _____