

## Al Consiglio Direttivo

### Scheda di iscrizione

da spedire via fax a 02 55032815

oppure per e-mail [segreteria@siscoo.eu](mailto:segreteria@siscoo.eu)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (Obbligatorio) \_\_\_\_\_

Partita IVA (Obbligatoria) \_\_\_\_\_

Istituto/ENTE di lavoro \_\_\_\_\_

Laurea (tipo, data e luogo) \_\_\_\_\_

Specializzazione (tipo, data e luogo ) \_\_\_\_\_

Mi iscrivo in qualità di:

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> SOCIO ATTIVO    | € 300 |
| <input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO | € 250 |
| <input type="checkbox"/> SOCIO AGGREGATO | € 200 |

(Studenti, Specializzandi e non specialisti in Chirurgia Odontostomatologica)

rinnovo

Invio totale Euro \_\_\_\_\_ per la quota associativa anno/i \_\_\_\_\_

Bonifico Bancario (allegare fotocopia del bonifico effettuato) intestato

a: Banca Intesa SanPaolo

presso la filiale: 01886

Via Cesare Battisti, 11

20122 Milano

IBAN IT89R0335901600100000119583

Socio Presentatore 1 \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Socio Presentatore 2 \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **Informativa sulla Privacy**

Il richiedente, con l'invio di tali dati, autorizza la SISCOO (Società Italiana Specializzati in Chirurgia Odontostomatologica ed Orale), ai sensi della Legge 196/03, all'uso dei dati personali forniti per consentire qualsiasi tipo di trattamento si rendesse necessario per le finalità associative.

Consenso al trattamento dei dati personali

SI NO

Consenso all'invio tramite e-mail o fax di materiale informativo

SI NO

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