



Modulo Iscrizione Anno 2024

Cognome..... Nome.....
Data di Nascita..... Luogo di nascita.....
Laurea..... Anno.....
Indirizzo Studio..... N.....
Comune..... Prov..... Cap.....
Tel..... Cell..... Email.....
Pec.....
N. Iscrizione..... dell'albo dei Medici..... Odontoiatri.....
Dell'ordine della provincia di.....
C.Fiscale..... P.iva.....

Quota Iscrizione

Socio Ordinario con RID/Bonifico Euro 100,00 (CENTO/00)

Socio Aggregato Laurea 2023/24 Euro 50,00 (CINQUANTO/00)

Allego alla presente ricevuta bonifico intestato a SOCIETA' NAZIONALE ODONTOIATRIA ITALIANA

Causale **Quota Iscrizione Anno 2024**

Codice Iban; **IT 83 B 05034 04605 00000000 3584**

Inviare il modulo firmato a : snoi.palermo@virgilio.it.

Regolamento UE 679/2016 Privacy Consenso alla raccolta e gestione dei dati personali

AUTORIZZO () NON AUTORIZZO () ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 il trattamento dei miei dati personali per le finalità necessarie, connesse e/o strumentali allo svolgimento delle funzioni istituzionali e/o statutarie dell'associazione correlate alla mia iscrizione/partecipazione. In mancanza del mio consenso il servizio non potrà essere erogato.

AUTORIZZO () NON AUTORIZZO () ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 il trattamento a terzi per finalità di marketing, sondaggi, ricerche di mercato, offerte dirette, proposte commerciali; Ai sensi dell'art. 7, Regolamento UE 679/2016, potrò esercitare i relativi diritti, fra cui consultare, modificare e cancellare i Suoi dati o opporsi al loro utilizzo.

Li _____

Firma
