

MODULO ISCRIZIONE SOCIO A.I.O.L. 2006

NOME _____

COGNOME _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

CITTA' _____ PROVINCIA _____

TELEFONO _____ FAX _____

E-MAIL _____ PARTITA IVA _____

Desidero iscrivermi all'Associazione Italiana di Ortodonzia Linguale, versando la somma di iscrizione annuale di €. 50,00 tramite la seguente forma di pagamento:

BONIFICO BANCARIO

intestato a :

Associazione Italiana Ortodonzia Linguale

Banca Popolare di Ravenna filiale di Mesola

C/C **000000102027**

ABI **05640**

CAB **67270**

CIN **K**

FIRMA

Dichiarazione di consenso (ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali)

Il sottoscritto, informato sui diritti e sui limiti di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 , (ex Legge n. 675/1996)

Concernente la " tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali " da il consenso al trattamento degli stessi.

FIRMA
