

SCHEDA DI ISCRIZIONE

L'iscrizione è valida solo se accompagnata dal pagamento

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data nascita _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Cell _____ Tel _____ Fax _____

Email _____

Codice fiscale _____

Partita iva (se in possesso) _____

Laurea medicina e chirurgia odontoiatria altro _____

Professione universitario ospedaliero libero professionista

QUOTE ISCRIZIONE

Socio attivo € 250,00 (per 1 anno)

Socio ordinario senior* € 100,00 (per 1 anno) *laureato da più di 5 anni

Socio ordinario junior** € 70,00 (per 1 anno) **laureato da meno di 5 anni

Specializzando/dottorando € 150,00 (per 3 anni)

Studiante € 30,00 (per 1 anno)

Studiante iscritto ad AISO € 25,00 (per 1 anno)

Igienista Dentale € 60,00 (per 1 anno)

Studiante Igienista Dentale € 25,00 (per 1 anno)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica S.I.d.C.O.

iban: IT 98 U 02008 05335 000104125564

Causale: Nome e cognome + quota anno _____

Informativa a tutela della privacy

Io sottoscritto/a _____

informato/a di quanto previsto dal Regolamento UE 27/04/2016 n. 679

esprimo il mio consenso non esprimo il mio consenso

al trattamento dei dati personali che mi riguardano da parte della SIdCO.

Data _____ Firma _____