

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Città _____

Cap _____ Provincia _____ Regione _____

Cell _____ Tel _____

Email _____

Codice fiscale _____

Afferenza universitario ospedaliero libero professionista

Se universitario, indicare l'Università di appartenenza: _____

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)

Igienista Dentale € 60,00 (per 1 anno)

Studiante € 30,00 (per 1 anno)

Studiante iscritto ad AISO € 25,00 (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 89 Z 02008 55250 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 _____