

Data:/...../.....

Il/la sottoscritto/a – Qualifica:

Nome:

Cognome:

Indirizzo: N. civico:.....

Città: C.A.P.: Provincia:

Luogo di nascita: Provincia:

Data di nascita:/...../.....

N.tel.: N.fax:..... N. cellulare:

E-mail:.....

Data di iscrizione all'ordine:/...../..... Specializzazione in

Iscr.albo odontoiatri n.: OMCeO di:

Dati fatturazione: **N.B: indicare sia CF che partita IVA** Dati personali: oppure:

Ragione sociale:

Indirizzo: N. civico:.....

Città: C.A.P.: Provincia:

C.Fiscale: P.IVA:

Lasers posseduti: Erbio Neodimio Diodo CO 2 KTP altro _____

Chiede di **(barrare solo una casella)**:

- rinnovare l'iscrizione ad AIOLA
- essere iscritto ad AIOLA

In qualità di **(barrare solo una casella)**:

- socio Attivo e Fondatore (250 €)
- Ordinario fra 31 e 65 anni (100 €)
- Ordinario al di sotto dei 30 anni e sopra i 65 e Igienisti Dentali (50 €)

Il pagamento è stato effettuato tramite **(barrare solo una casella)**:

- Assegno bancario non trasferibile intestato ad AIOLA
- Bonifico bancario

A.I.O.L.A. C/O BANCA POPOLARE DI SONDRIO
Filiale 8 di Viale Somalia 255 00199 Roma
CIN: R - ABI: 05696 - CAB: 03208 - C/C: 00006528X71
IBAN: IT25 R056 9603 2080 0000 6528 X71

CAUSALE: Iscrizione AIOLA - (Indicare Nome e Cognome)

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto ed accetto incondizionatamente di iscrivermi all'A.I.O.L.A., e mi attiverò nei limiti del possibile a produrre documentazione clinica e/o scientifica.

L'iscrizione è subordinata al ricevimento della quota di iscrizione e all'autorizzazione al trattamento dei dati personali in conformità al D.Lgs.196/2003 (legge sulla tutela dei dati personali) nonché all'autorizzazione all'inserimento del proprio nominativo nel data-base dell'Accademia e sul sito web dell'Accademia. L'informativa completa sulla tutela dei dati personali è visibile sul sito www.aiola.it nella sezione "iscriviti".

Perfezionando l'iscrizione alla Accademia è implicito il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità ivi specificate ed il consenso alla attivazione dei benefits collegati alla iscrizione (Abbonamento a DoctorOs, Dental Tribune, Iscrizione ridotta a Club Medici, ecc.).

Firma per accettazione e consenso _____

Inviare ad AIOLA – c/o dr.Giovanni D'Amico Piazza Gondar 14 – 00199 Roma oppure per e-mail a damico@aiola.it