

SCHEDA ISCRIZIONE ANNO 2017

Da inviare per posta , fax o email alla segreteria organizzativa:

Endofap Liguria Via B. Bosco 14 - 16121 Genova - tel 010 0983935 - Fax: 010 098 3936 – segreteria@sidin.info

| | | | |
|--------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Nome | _____ | Cognome | _____ |
| Nato a | _____ | Provincia | _____ |
| Data di nascita | _____ | Codice Fiscale | _____ |
| Indirizzo | _____ | Cap. | _____ |
| Città | _____ | Provincia | _____ |
| Telefono | _____ | Cellulare | _____ |
| Qualifica professionale | _____ | Disciplina | _____ |
| Ente di appartenenza | _____ | Indirizzo ente | _____ |
| Telefono ente | _____ | E-mail personale | _____ |
| N° P.IVA (Personale) | _____ | | |

SEGNALARE LA QUOTA D'ISCRIZIONE DI RIFERIMENTO:

- €. 40,00 SOCI INFERIORI AI 40 ANNI
 €. 60,00 SOCI OLTRE I 40 ANNI
 RINNOVO ISCRIZIONE PER IL 2017, SONO ISCRITTO DAL: _____
 NUOVA ISCRIZIONE: PRIMA DI VERSARE LA QUOTA ATTENDERE LA E-MAIL DI ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA D'ISCRIZIONE DA PARTE DEL C.D. DELLA S.I.Di.N. CHE ENDOFAT LIGURIA PROVVEDERÀ A INVIARE IL PRIMA POSSIBILE.

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

- ALLEGO RICEVUTA BONIFICO BANCARIO DI € _____ PRESSO BANCA POPOLARE DI VICENZA FIL. 0635 V.LE GOLGI, 63/A 27100 PAVIA - IBAN IT60A0572811301635570873370 INTESTATO A S.I.Di.N.

CAUSALE: "ISCRIZIONE S.I.Di.N. - ANNO 2017"

- PAGO SUBITO, ALLEGO RICEVUTA PAGAMENTO

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)

IL SOTTOSCRITTO, ACQUISITE LE INFORMAZIONI DI CUI AL DECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N. 196, AI SENSI DELL'ARTICOLO 9 DEL DECRETO LEGISLATIVO STESSO, CONFERISCE IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, AL FINE DI CONSENTIRE INFORMAZIONI COMMERCIALI E SCIENTIFICHE, OLTRE CHE PER LA GESTIONE DI COMUNICAZIONI A CARATTERE INFORMATIVO, ORGANIZZATIVO E COMMERCIALE. IL SOTTOSCRITTO PUÒ IN OGNI MOMENTO ESERCITARE I DIRITTI DI CUI ALL'ARTICOLO 18, TRA CUI IL DIRITTO DI OPPORSI AL TRATTAMENTO DEI DATI CHE LO RIGUARDANO AI FINI PREVISTI O DI RICHIEDERE LA MODIFICA O CANCELLAZIONE DEGLI STESSI, CON COMUNICAZIONE SCRITTA ALLA: ENDOFAP LIGURIA VIA B. BOSCO 14 - 16121 GENOVA

Sì

No

FIRMA: _____

DATA _____