

SCHEDA ISCRIZIONE ANNO 2019

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

Endofap Via B. Bosco 14 - 16121 Genova - tel 010 0950628 - 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:

- €. 70,00 ISCRIZIONE ORDINARIA
 €. 50,00 SOCI SOTTO I 40 ANNI
 €. 300,00 SOCIETÀ CHE ISCRIVONO 5 SOCI
 €. 550,00 SOCIETÀ CHE ISCRIVONO 10 SOCI
 €. 1.000,00 SOCIETÀ CHE ISCRIVONO 20 SOCI

RINNOVO ISCRIZIONE PER IL **2018**, 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 INSTESA SAN PAOLO, FIL. 0631 VIA FIESCHI, 4 16121 GENOVA GE - IBAN IT11 R030 6901 4001 0000 0073 525 INTESTATO A S.I.Di.N.

CAUSALE: "ISCRIZIONE S.I.Di.N. - ANNO 2019"

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 A: ENDOFAP VIA B. BOSCO 14 - 16121 GENOVA

SI

No

FIRMA: _____

DATA _____