



Domanda di Iscrizione alla Società Tosco Umbra di Chirurgia

Il/la sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato/a il _____ Città _____ PROV _____ Stato _____

Indirizzo di residenza o domicilio _____ nr. _____

Comune _____ CAP _____ PROV _____ Regione _____

Telefono _____ Cell _____ mail _____

Professione _____ Disciplina _____

In servizio presso:

Nome Azienda/Ospedale _____

Città _____

Unità Operativa _____

CHIEDE

di essere iscritto alla Società Tosco Umbra di Chirurgia per l'anno

Data _____

Firma _____

Quota Unica di € 30,00

Allegare alla presente domanda la ricevuta del versamento e inviarla via e-mail a info@executiveplanning.it oppure al fax 0577-1760000

Con bonifico bancario presso:

Intesa San Paolo Spa

Filiale Pistoia Ospedale San Jacopo

IBAN: IT 18 D 03069 13837 100000000822

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30.06.2003 N.196, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno utilizzati dalla Società Tosco Umbra di Chirurgia per l'iscrizione all'associazione e per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale o informatizzato.
3. I dati obbligatori sono contrassegnati da asterisco; l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione dell'iscrizione.
4. I dati potranno essere comunicati o diffusi presso gli organismi centrali e le sedi

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali nei termini consentiti dal D.Lgs. n.196/03

Data _____ Firma _____



Domanda di Iscrizione alla Società
Tosco Umbra di Chirurgia