

Data : □□/□□/□□□□□□

Il/la sottoscritto/a - Qualifica: □□□□□□□□□□□□□□□□□□

Nome: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Cognome: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Indirizzo : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

N. civico : □□□□□

Città/comune: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

C.A.P. ■ □□□□□ Provincia □□

N.tel.: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

N.fax □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

N. cellulare: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

E-mail : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

C.Fiscale : □□□□□□□□□□□□□□□□ P.IVA : □□□□□□□□□□□□

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/comune: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

C.A.P. ■ □□□□□ Provincia □□

C.Fiscale : □□□□□□□□□□□□□□□□ P.IVA : □□□□□□□□□□□□

Lasers posseduti: Erbium Neodimio Diodo CO₂ KTP _____

Chiede di : rinnovare l'iscrizione essere iscritto ad AIOLA

In qualità di socio Straordinario (250E) Ordinario (150E) Associato (100E)

Auditore(50E) Internazionale (250E) Di supporto (250E)

Il pagamento è stato effettuato tramite :

Assegno bancario non trasferibile intestato ad AIOLA Bonifico bancario

A.I.O.L.A. C/O CARIPARMA Filiale 317 di Largo Belotti -Bergamo
ABI: 06230 - C.A.B.; 11110 - C/C: 000046483938 CIN: F – IBAN IT53F062301111000046483938
indicare Nome e Cognome nella causale

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 a Club Medici)

Firma per accettazione e consenso _____

Inviare a AIOLA – c/o Pacini Service, Via Pacini 62 Milano , oppure FAX : 0270058853