

ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE (vale fino al 31 dicembre 2018)
da inviare via fax al **n. 02.94752758**

Segreteria presso: **P & P S.r.l.** Viale Sarca, 41 – 20125 MILANO

Info al n. 347.6507318

www.daysurgeryitalia.it - info@daysurgeryitalia.it

➤ **DATI ANAGRAFICI**

Cognome _____ Nome _____

Luogo di Nascita _____ Prov. _____ Nazione _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

(Abitazione) Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cellulare _____

E-mail _____ Telefax _____

Laurea in Medicina e Chirurgia **Laurea in Scienze Infermieristiche** **Altro** _____

Luogo _____ Anno _____

➤ **SEDE di LAVORO** Presidio Ospedaliero Casa di Cura Privata Altro

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ E-mail _____

➤ **Modalità di pagamento € 50,00 (socio ordinario)**

- Allego ricevuta bonifico bancario presso INTESA SAN PAOLO SPA. Intestato a P&P S.r.l.**
IBAN: IT86T0306909456065693560112 – causale ISCRIZIONE ADSI 2018

Firma _____ Data _____

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 la formalizzazione dei reciproci rapporti contrattuali ed economici, 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: P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 - 20125 MILANO

Sì **No** Firma _____ Data _____