

A.I.M.O.P.

Accademia Italiana di Medicina Orale e Parodontologia

Via Macchi n.38 Milano

P.iva 97773580150



MODULO DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritt__ _____

Nat_ il	Residente a	Via	CAP
Luogo di nascita	C.F. P.iva	Qualifica	
Tel.	Cell.	e-mail n. albo	

chiede di essere ammesso in qualità di socio dell'Accademia Italiana di Medicina Orale e Parodontologia e versa la quota di iscrizione di euro _____
e dichiara di accettare quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento della Associazione.
Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003, consento al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari, e con le modalità indicate nell'informativa medesima.

Quota da versare tramite bonifico a:

Accademia Italiana di Medicina Orale e Parodontologia A.I.M.O.P Via Mauro Macchi n. 38
20124 Milano(Mi)

IBAN IT06 P033 5901 6001 0000 0149 936 BIC BCITITMX

Nome Cognome

Firma

Data e luogo

