

**MODULO D'ISCRIZIONE ALLA SILO - SOCIETA' ITALIANA LASER IN
ODONTOSTOMATOLOGIA**

TITOLO: DOTT PROF STUDENTE

COGNOME: _____ NOME: _____

RAGIONE SOCIALE: _____

INDIRIZZO FISCALE: _____

CAP: _____ CITTA' : _____ PROVINCIA: _____ REGIONE: _____

TEL Studio: _____ CELL: _____

FAX: _____

PARTITA IVA: _____ CODICE FISCALE: _____

EMAIL: _____

QUOTA ASSOCIATIVA VALEVOLE PER UN ANNO (DODICI MESI)

SOCIO ORDINARIO € 100 IGIENISTI € 50

STUDENTE € 50 (Allegare fotocopia Libretto con data ultimo esame)

MODALITA' DI PAGAMENTO:

-BONIFICO BANCARIO:

Beneficiario: SOCIETA' ITALIANA LASER IN ODONTOSTOMATOLOGIA

Causale: Nome e Cognome Quota associativa annuale

IBAN: IT 88 K 02008 05335 000400852971

BANCA DI APPOGGIO: UNICREDIT, Agenzia Policlinico Umberto I ROMA

INFORMATIVA A TUTELA DELLA PRIVACY

Io Sottoscritto/a.....

Informato/a di quanto previsto dal D.L. n. 196/2003, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano e chiedo di pubblicare i miei dati sul sito della S.I.L.O.

FIRMA

.....

*Il presente modulo, debitamente compilato, dovrà essere inviato a:
SEGRETERIA S.I.L.O. Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali - Via Caserta 6 –
00161 Roma, se per posta, oppure via e-mail all'indirizzo info.silolaser@gmail.com*