



ASSIMEFAC
Società Medico Scientifica Interdisciplinare
Provider Agenas n. 2395



Modulo d'iscrizione

(Inviare ad ASSIMEFAC via Livorno 36 00162 Roma)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Indirizzo via/p.za _____ CAP _____ Città _____

E-mail _____ Tel. _____ Cod. Fiscale/P.IVA _____

<p>Tipologia di attività professionale:</p> <p><input type="checkbox"/> Medico convenzionato MG</p> <p><input type="checkbox"/> Medico convenzionato CA / 118</p> <p><input type="checkbox"/> Medico convenzionato MdS</p> <p><input type="checkbox"/> Medico convenzionato Specialistica Specificare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medico convenzionato PLS</p> <p><input type="checkbox"/> Medico libero professionista specialista in _____</p> <p><input type="checkbox"/> Odontoiatra</p> <p><input type="checkbox"/> Medico dipendente pubblico branca _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medico dipendente privato branca _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Medico universitario branca _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medico in formazione specificare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Laureato non medico specificare _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altri operatori sanità specificare _____</p> <hr/> <p>Interessi professionali:</p> <p><input type="checkbox"/> Ricerca</p> <p><input type="checkbox"/> Formazione</p> <p><input type="checkbox"/> Informazione</p> <p><input type="checkbox"/> Informatica</p> <p><input type="checkbox"/> Altro Specificare _____</p>
--	--

Modalità di pagamento

Quota d'iscrizione annuale € 50,00

Allego: assegno o rimessa diretta

Bonifico intestato ad Assimefac IBAN IT 04 X 02008 05280 000102718484

Data _____

Firma leggibile _____

Informativa e consenso (D.Lgs.196\2008)

La informiamo che i suoi dati personali saranno da noi trattati manualmente e con mezzi informatici per finalità: a) gestione organizzativa ed amministrativa; b) marketing, attività promozionali, invio di materiale informativo e rilevazione di grado di soddisfazione. Per operazioni di mailing e spedizioni di materiale informativo i dati potranno essere comunicati a società esterne incaricate dall'Associazione. I dati non saranno diffusi.

Per informazioni (cancellazione, blocco, rettifica integrazione dati od opposizione al trattamento) potrà rivolgersi al Responsabile del Trattamento, scrivendo a ASSIMEFAC - RESPONSABILE TRATTAMENTO via Livorno 36\A 00162 ROMA.

Do il consenso al trattamento e alla comunicazione per le finalità di cui al punto b). SI NO

Data _____

Firma leggibile _____