Società Italiana di Odontoiatria Forense
Strada degli Schiocchi, 12 - 41124 Modena - Tel. 059 8678539- segreteria@siofonline.it - www.siofonline.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SIOF 2023

DATI ANAGRAFICI

Cognome_____**Nome**_____

Luogo di nascita_____**Provincia**_____**Data di nascita**____/____/_____

Codice Fiscale___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Partita I.V.A.___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

E-mail_____**Telefono cellulare** _____

LAUREA, SPECIALIZZAZIONE, ALBO D'ISCRIZIONE

Laurea in_____**Anno**_____**Università**_____

Specializzazione in_____**Anno**_____**Università**_____

Specializzazione in_____**Anno**_____**Università** _____

Iscritto all'Ordine provinciale dei Medici di _____ ☐ **Albo Odontoiatri** ☐ **Albo Medici**

Iscritto all'Ordine provinciale degli Avvocati di _____

Magistrato presso il Tribunale di _____

RECAPITI

ENTE DI APPARTENENZA _____

Indirizzo_____**CAP**_____**Città**_____**Provincia** _____

Tel._____**Fax**_____**E-mail**_____

STUDIO - Indirizzo_____**CAP**_____**Città** _____

Provincia_____**Tel.**_____**Fax**_____**E-mail**_____

DOMICILIO - Indirizzo_____**CAP**_____**Città** _____

Provincia_____**Tel.**_____**Fax** _____

MODALITA' PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ANNUALE ALLA SIOF

Scelgo di pagare la quota d'iscrizione annuale di 90 € oppure 40 € per quota ridotta (Odontoiatri specializzandi, Medici e Odontoiatri INAIL, Specializzandi in Medicina Legale), con:

☐ **Bonifico: Banca Popolare dell'Emilia-Romagna- Agenzia n. 5 di Modena**
Codice IBAN: IT85Y0538712905000001947761

ADESIONE

Con la presente dichiaro di voler aderire in qualità di socio alla Società Italiana di Odontoiatria Forense

Data_____ **Firma** _____

PRIVACY

Io sottoscritto, Dott_____dichiaro di aver preso conoscenza dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e dei diritti che mi spettano in forza dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali che SIOF effettuerà, anche in forma elettronica e/o automatizzata, per ogni rapporto collegato a quello relativo all'adesione alla SIOF, purché inerenti agli scopi istituzionali dell'Associazione. Autorizzo l'Associazione a trattare i miei dati in relazione a servizi associativi che possano essere realizzati con l'intervento di società e/o soggetti terzi rispetto al rapporto associativo. Presto il consenso, inoltre, per ogni forma di trattamento, ivi compresa la modificazione, l'integrazione e la cancellazione degli stessi. Prendo atto che il titolare del trattamento dei dati ha adottato idonee misure di sicurezza sulla tutela della riservatezza dei miei dati.

Firma _____