

# SCHEDA DI ISCRIZIONE AL VII CONGRESSO

(da inviare via fax al numero 0574712060 o via mail all'indirizzo [segreteria@aippitalia.it](mailto:segreteria@aippitalia.it) con allegata ricevuta del bonifico o fotocopia dell'assegno spedito)

Scrivere in stampatello grazie

Cognome		
Nome		
Indirizzo		
Cap	comune	Prov.
tel	fax	
e-mail		
Luogo nascita		
Data nascita		
C. fisc.	P.Iva	
Intestazione fattura		
MEDICI / ODONTOIATRI		
Anno laurea	Albo e n. iscrizione	
Modalità pagamento <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario <input type="checkbox"/> Assegno Bancario <input type="checkbox"/> Presso la sede del congresso		

Vi confermo che qualora non dovessi dare disdetta prima di 15 giorni dalla data di inizio del congresso non avrò diritto alla restituzione della quota di iscrizione

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003. La informiamo che i dati personali forniti nella scheda di iscrizione saranno trattati da AIPP con modalità cartacee e informatiche, ai soli fini dell'attività formativa e degli adempimenti di legge conseguenti. I dati sono obbligatori per la gestione dei corsi e dei congressi e non saranno diffusi a terzi ma utilizzati per lo svolgimento degli eventi e di ogni altra comunicazione finalizzata all'accrescimento delle competenze professionali e scientifiche. Ai sensi dell'art. 7 dello stesso decreto potrà in ogni momento esercitare i suoi diritti tra i quali l'accesso, la cancellazione, la correzione e l'opposizione al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_