

Società Italiana di Odontoiatria Forense Strada degli Schiocchi, 12 - 41124 Modena - Tel.059 2928035 - segreteria@siofonline.it - www.siofonline.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI			
Cognome	Nome		
Luogo di nascita	Provincia_	Data di nasc	ita/
Codice Fiscale/_ /_ /_ /_ /_ /_ /_ /_ /_ /_ /_ /_		/	
Partita I.V.A/_ /_ /_ /_ /_ /_ ///	_//		
E-mail	Telefono c	ellulare	
LAUREA, SPECIALIZZAZIONE, ALBO D'ISO	CRIZIONE		
Laurea in	Anno	Università	
Specializzazione in	Anno	Università	
Specializzazione in	Anno	Università	
Iscritto all'Ordine provinciale dei Medici di		Albo Odontoiatri	Albo Medici
scritto all'Ordine provinciale degli Avvocati di			
Magistrato presso il Tribunale di			
RECAPITI ENTE DI APPARTENENZA Indirizzo Fel. Fax	_CAPCittà		
rax	P	-1112111	
STUDIO - Indirizzo			
Provincia Tel	Fax	E-mail	
DOMICILIO - Indirizzo	CAP	Città	
Provincia Tel			
MODALITA' PAGAMENTO QUOTA ISCRIZI Scelgo di pagare la quota d'iscrizione annuale di 50 (ci Bonifico: Banca Popolare dell'Emilia-Romagna- A Codice IBAN: IT85Y05387129050000019477	inquanta) euro con: Agenzia n. 5 di Modena	SIOF Assegno	Contante
ADESIONE			
Con la presente dichiaro di voler aderire in qualità di	socio alla Società Italiana	a di Odontoiatria Forense	
Data	Firma		
PRIVACY To sottoscritto, Dott 196/03 e dei diritti che mi spettano in forza dell'art. 7 del D.Lgs. 196/06 forma elettronica e/o automatizzata, per ogni rapporto collegato a que Autorizzo l'Associazione a trattare i miei dati in relazione a servizi as rapporto associativo. Presto il consenso, inoltre, per ogni forma di tratta che il titolare del trattamento dei dati ha adottato idonee misure di sicura	O3 e presto il mio consenso al trello relativo all'adesione alla SI ssociativi che possano essere reamento, ivi compresa la modifica	IOF, purché inerenti agli scopi ist alizzati con l'intervento di società izione, l'integrazione e la cancellaz	che SIOF effettuerà, anche ituzionali dell'Associazion e/o soggetti terzi rispetto