

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Prima iscrizione Rinnovo Anno

2018

 Medico -chirurgo Odontoiatra Altro

(da trasmettere a gsatnagopuntura@gmail.com)

<i>Cognome</i>															
<i>Nome</i>															
<i>Nato a</i>								<i>Prov</i>				<i>Il</i>			
<i>Codice fiscale</i>															
<i>Indirizzo</i>															
<i>Città</i>								<i>Prov</i>				<i>Cap</i>			
<i>Telefono Studio</i>															
<i>Telef. Cellulare</i>															
<i>e-mail</i>															
<i>Pec</i>															

- **Allego copia ricevuta di versamento iscrizione G.S.A.T.N. per l'anno 2018 pari a € 50,00 sul c/c intestato a Banca Monte dei Paschi di Siena Spa filiale di centro Enti Cagliari con IBAN:**

IT45 W010 3044 1200 0000 1047 174

- **Sono stato informato che riceverò via mail a iscrizione avvenuta la tessera nominativa.**
- **Prendo atto ,con riferimento alla L. 196/03, che:**

- La finalità del trattamento dei dati che mi riguardano sono quella previste dallo Statuto sociale e dal Regolamento del G.S.A.T.N.
- Le modalità del trattamento previste potranno essere manuali o elettroniche.
- Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Associazione presso la sede dell'Associazione stessa.
- Ai sensi dell'art. 13 della L. 197/03, trasmetto volontariamente al G.S.A.T.N. i dati sopra riportati ed esprimo il consenso al loro trattamento secondo quanto sopra riportato.

Data _____

Firma _____