

G.S.A.T.N.

Associato F.I.S.A.

Gruppo di Studio in Agopuntura
e Terapie Naturali



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Prima iscrizione

Rinnovo

Anno

Medico -chirurgo

Odontoiatra

Altro

(da trasmettere a gsatnagopuntura@gmail.com)

Cognome															
Nome															
Nato a								Prov			Il				
Codice fiscale															
Indirizzo															
Città								Prov			Cap				
Telefono															
Telef.Cellulare															
e-mail															
Pec															

- 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 _____