

AIPAO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Prov. _____

residente in _____ Via _____ n _____

CAP _____ Prov. _____ Tel. _____

OPERANTE nello Studio del Dott. _____

Via _____ CAP _____ Prov _____

Tel. _____

CHIEDO

A codesta rispettabile Associazione di poter far parte di essa a decorrere dalla data odierna, in qualità di _____ allo scopo allego l'importo di € 40,00 (quaranta) a titolo di quota associativa per l'anno _____

Data _____

Firma _____

Dati bancari:

UniCredit Banca

Via Napoli 030339 Agenzia di Sora 2

Codice IBAN: IT 92 P 02008 74601 000400720163

Ai sensi della legge 675/96 e successive modificazioni recante disposizioni a "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" da te forniti e quelli che verranno acquisiti in dipendenza ed in costanza della tua iscrizione alla Associazione, potranno formare oggetto di trattamento da parte nostra nell'ambito della nostra attività istituzionale (comunicazione e diffusione Elenco Soci a Organi e strumenti di comunicazione, rapporti con altre Associazioni professionali, manifestazioni culturali e scientifiche ed attività in genere legate alla vita associativa).

Ti chiediamo di firmarci questa dichiarazione, confermandoti la nostra disponibilità per qualsiasi chiarimento.

Data _____

Firma _____

ASSOCIAZIONE ITALIANA PERSONALE AUSILIARIO ODONTOIATRICO

Sede legale: Via Collearino snc 03033 Arpino (FR) tel 360-729022 Fax 0776-849585

E-mail: carmanton@virgilio.it sito internet www.aipao.it