



## Domanda di Iscrizione alla Società Tosco Umbra di Chirurgia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nato/a il \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza o domicilio \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

In servizio presso:

Nome Azienda/Ospedale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere iscritto alla Società Tosco Umbra di Chirurgia per l'anno .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Quota Unica di € 30,00

Allegare alla presente domanda la ricevuta del versamento e inviarla via e-mail a [info@executiveplanning.it](mailto:info@executiveplanning.it)

Con bonifico bancario presso:

**Intesa San Paolo Spa**

**IBAN: IT 26 B030 6913 8341 0000 0011 160**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30.06.2003 N.196, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno utilizzati dalla Società Tosco Umbra di Chirurgia per l'iscrizione all'associazione e per le finalità strettamente connesse alle attività di competenza.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale o informatizzato.
3. I dati obbligatori sono contrassegnati da asterisco; l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione dell'iscrizione.
4. I dati potranno essere comunicati o diffusi presso gli organismi centrali e le sedi

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali nei termini consentiti dal D.Lgs. n.196/03

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_