



CORSO ANNUALE IN PARODONTOLOGIA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Fax _____
E-mail _____@_____

DATI ANAGRAFICI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale _____
Indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____
(obbligatorio ai sensi del Decreto Legge Bersani 248/06)
Partita IVA _____
(obbligatoria se esistente)
Codice Identificativo _____

Mi iscrivo al Corso Annuale SidP in qualità di

Socio SidP in regola con il pagamento della quota 2019 € 1.200,00 iva inclusa

Non Socio SidP € 1.450,00 iva inclusa

PAGAMENTO

ACCONTO: € 600 da effettuare al momento dell'iscrizione;

SALDO - entro e non oltre il 15 giugno 2019 -: € 600 per i Soci SidP in regola con il pagamento della quota d'iscrizione per l'anno 2019; € 850 per i NON SOCI SidP.

È possibile effettuare il pagamento tramite:

bonifico bancario* (si prega di riportare nella causale cognome, nome-Corso Annuale per Igienisti Dentali 2019) effettuato a favore della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia sul c/c n. 100000010048 presso Banca CrFirenze Spa, Filiale Firenze 51 ABI 06160 - CAB 02895 - CIN X - IBAN: IT02 X061 6002 8951 0000 0010 048 di € _____

*si prega di allegare copia alla presente scheda

carta di credito VISA n. [][][][] [][][][] [][][][]
[][][][]

Codice di sicurezza VISA [][][] Nome e cognome del Titolare _____

SCADENZA: [][][][] Autorizzo la Società Italiana di Parodontologia ad addebitare l'importo di € _____

Firma del titolare: _____

ISTRUZIONI:

La presente scheda di iscrizione verrà considerata valida solo se compilata in ogni sua parte e accompagnata dalla quota relativa.

NUMERO CHIUSO: Saranno accettate le prime 30 richieste di iscrizione.

Si prega di dattiloscivere o compilare in stampatello e inviare a:

Società Italiana di Parodontologia e Implantologia
Recapito postale: Via del Gelsomino 20 - 50125 Firenze - Fax 055 2345637 •
E-mail: segreteria@sidp.it; segreteria.sidp@gmail.com

Cancellation Policy: sarà possibile cancellare la propria iscrizione al Corso entro il 2 giugno 2019 con una trattenuta di euro 100 per spese amministrative sull'acconto versato. Dopo tale data non sarà possibile richiedere alcun rimborso.

Garanzia di riservatezza

Ai sensi del regolamento UE 679/2016 e successive modifiche o integrazioni, la informiamo che i suoi dati personali, acquisiti tramite il modulo di iscrizione, saranno trattati da SIDP titolare del trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dall'associazione e non saranno ceduti a terzi senza il suo consenso.

In qualsiasi momento potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati, nonché opporsi all'invio, da parte nostra, di materiale pubblicitario o informazioni commerciali con una comunicazione indirizzata a: privacy@sidp.it

L'informativa completa potrà essere reperita presso i nostri uffici o sul sito <http://www.sidp.it>

Il consenso al trattamento dei dati sopraindicati non è richiesto in quanto indispensabile al fine dell'iscrizione alla Società (diversamente non sarà possibile dare seguito alla sua iscrizione).

Le chiediamo inoltre di concederci il suo consenso per le seguenti finalità:

- | | |
|---|-----------|
| a) Accreditamento E.C.M. | [SI] [NO] |
| b) Adempimenti connessi con l'organizzazione di eventi. | [SI] [NO] |
| c) L'invio di informazioni su nuove iniziative o corsi e materiale promozionale. | [SI] [NO] |
| d) Per attività di diffusione (pubblicazione dei suoi dati personali su sito www.sidp.it) | [SI] [NO] |
| e) Per attività di comunicazione a terzi (aziende di settore sponsor istituzionali) | [SI] [NO] |

Ho preso atto dello Statuto e del Regolamento interno della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia,

pubblicato sul sito www.sidp.it

Data _____ Firma del Richiedente _____