Società Italiana di Odontoiatria Forense
Strada degli Schiocchi, 12 - 41124 Modena - Tel. 059 8678539- segreteria@siofonline.it - www.siofonline.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SIOF 2024

DATI ANAGRAFICI

Cognome_____ **Nome**_____

Luogo di nascita_____ **Provincia**____ **Data di nascita**_____/____/_____

Codice Fiscale____/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Partita I.V.A.____/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

E-mail_____ **Telefono cellulare** _____

LAUREA, SPECIALIZZAZIONE, ALBO D'ISCRIZIONE

Laurea in_____ **Anno**_____ **Università**_____

Specializzazione in_____ **Anno**_____ **Università**_____

Specializzazione in_____ **Anno**_____ **Università** _____

Iscritto all'Ordine provinciale dei Medici di _____ ☐ **Albo Odontoiatri** ☐ **Albo Medici**

Iscritto all'Ordine provinciale degli Avvocati di _____

RECAPITI

ENTE DI APPARTENENZA _____

STUDIO - Indirizzo_____ CAP_____ Città _____ Provincia__

Tel._____ **E-MAIL**_____

DOMICILIO - Indirizzo_____ **CAP**_____ **Città** _____

Provincia_____ **Tel.**_____ **E-mail** _____

MODALITA' PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ANNUALE ALLA SIOF

INVIARE MODULO ISCRIZIONE E BONIFICO A: serviziosocisiof@siofonline.it

Scelgo di pagare la quota d'iscrizione annuale di 120 € oppure con bonifico continuativo (allegare copia) ridotta a 90 €
Oppure **per Odontoiatri specializzandi, Medici e Odontoiatri INAIL, Specializzandi in Medicina Legale, Igienisti Dentali, cultori del diritto, Consulta Giovani Medici Legali Universitari: quota di 120 € ridotta a 40 € bonifico continuativo:**

Bonifico: Banca Popolare dell'Emilia-Romagna- Agenzia n. 5 di Modena

Codice IBAN: IT85Y0538712905000001947761

BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE

☐ **Quota annuale 120€** ☐ **Quota annuale 90€** ☐ **Quota annuale 40€**

ADESIONE

Con la presente dichiaro di voler aderire in qualità di socio alla Società Italiana di Odontoiatria Forense

Data_____ **Firma** _____

PRIVACY

Io sottoscritto, Dott_____dichiaro di aver preso conoscenza dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e dei diritti che mi spettano in forza dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali che SIOF effettuerà, anche in forma elettronica e/o automatizzata, per ogni rapporto collegato a quello relativo all'adesione alla SIOF, purché inerenti agli scopi istituzionali dell'Associazione. Autorizzo l'Associazione a trattare i miei dati in relazione a servizi associativi che possano essere realizzati con l'intervento di società e/o soggetti terzi rispetto al rapporto associativo. Presto il consenso, inoltre, per ogni forma di trattamento, ivi compresa la modificazione, l'integrazione e la cancellazione degli stessi. Prendo atto che il titolare del trattamento dei dati ha adottato idonee misure di sicurezza sulla tutela della riservatezza dei miei dati.

Firma _____