



Al Presidente dell'AIOM

TITOLO: DOTT PROF STUDENTE

COGNOME: _____ NOME: _____

Albo degli Odontoiatri di: _____ Iscritto N°: _____

Ragione Sociale: _____

INDIRIZZO FISCALE: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROVINCIA: _____

TEL: _____ CELL: _____ FAX: _____

P.IVA: _____

CODICEFISCALE: _____

E-MAIL: _____

QUOTA ASSOCIATIVA

SOCIO ATTIVO € 260

SOCIO ORDINARIO € 100

NEO-LAUREATI € 80

STUDENTE € 50 (Allegare copia del tesserino con data di iscrizione ben visibile)

INFORMATIVA A TUTELA DELLA PRIVACY

La sua Firma permetterà l'inserimento dei suoi dati personali sul sito <http://aiom-net.it>

Io Sottoscritto.....

Informato di quanto previsto dal D.L. n. 196/2003, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano e chiedo di pubblicare i miei dati sul sito dell'AIOM.

FIRMA

.....