ASSOCIAZIONE
ROBERTO FARINI
ETS PER LA
GASTROENTEROLOGIA

SCHEDA D'ISCRIZIONE

☐ RINNOVO QUOTA € 30,00 ☐ NUOVO SOCIO € 30,00

NOME ……

COGNOME ……

CODICE FISCALE ……

PROFESSIONE……

INDIRIZZO ……

CAP……..CITTA'……PROV. …..

E-mail……
Scrivere la mail in stampatelo

INFORMAZIONE AI SENSI DELLA LEGGE N. 675 DEL 31.12.96
Desideriamo informarVi che, ai sensi dell'art.10 della legge n. 675 del 31.12.96 sulla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", i Vostri dati personali già in ns. possesso, o che vorrete comunicarci, sono e saranno da noi trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando i Vostri diritti.
Ai sensi dell'art. 13 della legge sopra citata, i dati potranno essere cancellati a semplice richiesta da inviare alla Medi K presso la sua sede sociale.

*Data*_____/_____/_____ *Firma*_____

DATI per il bonifico bancario
ASSOCIAZIONE ROBERTO FARINI ETS PER LA GASTROENTEROLOGIA
c/o BANCA INTESA SANPAOLO
Via Manzoni – 20121 Milano (Filiale di Padova)
IBAN CODE: **IT 09K 03069 09606 10000 0008368**
Causale: ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE FARINI (COGNOME) (NOME)
Allegare via email la copia del bonifico bancario

Sede Legale: c/o UOC Gastroenterologia, Direzione 2° piano Ospedale Giustinianeo (ascensore 6)
Via Ospedale Civile, 3651 - 35121 Padova (PD) – C.F. 92020500283
Tel. 049 8212890 e-mail: info@associazionefarini.it
www.associazionefarini.it