Società Italiana
di Parodontologia
e Implantologia

CORSO RISERVATO AI SOCI STUDENTI SIdP

DATI PERSONALI:

Cognome _____ Nome_____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____@_____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale (**obbligatorio**) _____

Numero identificativo rilasciato dalle autorità fiscali competenti (solo per soggetti stranieri) _____

DATI PER LA FATTURAZIONE:

Ragione sociale _____

Indirizzo fiscale _____Cap_____ Città _____Prov. _____

Desidero confermare la mia presenza a:

Palazzo dei Congressi di Bologna, sabato 19 maggio 2018, ore 14.00-17.00

❑ (Costruiamo insieme) il piano di trattamento interattivo -software Brain pro SIdP- (a numero chiuso: fino ad un massimo di 40 partecipanti) – *Giorgio Pagni, Giacomo Gualini* - **QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 25 (box lunch incluso)**

PAGAMENTO:
È possibile effettuare il pagamento tramite:

❑ **Bonifico Bancario*** (si prega di riportare nella causale cognome, nome- 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 del alla presente scheda*

❑ **Carta di Credito** VISA n. [__][__][__][__] [__][__][__][__] [__][__][__][__] [__][__][__][__]

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

SCADENZA [__][__][__][__] Autorizzo la Società Italiana do Parodontologia e Implantologia 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.
Si prega di dattiloscrivere o compilare in stampatello e inviare a:

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

Consenso al trattamento dei dati personali
Ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. n.196/03 la informiamo che i suoi dati personali ordinari e sensibili che saranno raccolti nel corso del rapporto con Società Italiana di Parodontologia e Implantologia verranno trattati per l'Assistenza e servizi pre e post evento e l'invio di pubblicazioni inerenti l'attività culturale SIdP. Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per ricevere l'Assistenza, i servizi pre e post evento e l'invio di pubblicazioni. Nel caso in cui non darà il consenso al trattamento non potrà usufruire dell'Assistenza, ai servizi pre e post evento e l'invio di pubblicazioni inerenti l'attività della SIdP. Il consenso al trattamento dei dati è facoltativo, nel caso in cui non darà il suo consenso, i suoi dati non verranno trattati per l'invio di pubblicazioni inerenti l'attività della SIdP mentre potrà comunque godere dell'Assistenza, dei servizi pre e post evento e l'invio di pubblicazioni inerenti l'evento di Progetto al quale ha richiesto di partecipare. La informiamo inoltre che potrà avvalersi dei diritti dell'interessato riportati all'art. 7 del D.Lgs. n.196/03.

[SI] [NO]

Data _____ Firma_____