

DATI ANAGRAFICI

TITOLO	<input type="checkbox"/> PROF. <input type="checkbox"/> DOTT. <input type="checkbox"/> ING. <input type="checkbox"/> SIG. <input type="checkbox"/> _____
COGNOME	_____
NOME	_____
LUOGO DI NASCITA	_____ (_____)
DATA DI NASCITA	____ / ____ / ____
RESIDENZA	VIA _____ N° _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____ STATO _____
DOMICILIO*	VIA _____ N° _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____ STATO _____
TELEFONO	_____
CELLULARE	_____
E-MAIL	_____ @ _____
PROFESSIONE	_____
SOCIETA' / ENTE	_____
CODICE FISCALE / PARTITA IVA	_____

(*) compilare solo se diverso dalla residenza

RICHIEDE L'ADESIONE IN QUALITA' DI:

SOCIO ORDINARIO (*art. 4 comma 4 Statuto*)

Sono ammessi come Soci Ordinari tutte le persone fisiche di maggiore età che operano nel campo dei dispositivi medici e/o sanitario residenti in Italia o all'Estero.

La domanda di ammissione come Socio Ordinario, specificando il possesso della qualifica professionale di settore, va inoltrata al Consiglio Direttivo dichiarando di condividere le finalità che il sodalizio si propone ed impegnandosi ad approvare e rispettare lo Statuto ed eventuali Regolamenti.

SOCIO SOSTENITORE (*art. 4 comma 5 Statuto*)

Sono ammessi come Soci Sostenitori, pur non possedendo i requisiti del Socio Ordinario, tutte le persone fisiche e/o giuridiche che condividono le finalità dell'Associazione.

I Soci sostenitori non hanno diritto di voto e non possono ricoprire cariche elettive.

Dichiarando di aver preso visione dello Statuto ed impegnandosi a versare la quota associativa stabilita dal Consiglio Direttivo entro venti giorni dalla comunicazione di avvenuta iscrizione.

Luogo _____

Data ____/____/____

Firma

N.B.: allegare obbligatoriamente copia del Documento d'Identità e Cod. Fisc.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.LGS. 30 giugno 2003, n. 196 -ITALIA-

Sottoscrivendo il presente modulo si autorizza IASMED a utilizzare i propri dati personali al solo fine previsto dalla procedura per cui sono richiesti. Essi sono custoditi con i più corretti criteri di riservatezza in conformità a quanto previsto dalla normativa italiana in oggetto. Gli interessati potranno esercitare tutti i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso D. Lgs. 196/2003, rivolgendosi alla sede legale dell'Associazione.

Firma

INOLTRE VIA MAIL A : **INFO@IASMED.NET**

SPAZIO RISERVATO AL CONSIGLIO DIRETTIVO

ISCRIZIONE ACCETTATA IL _____ TESSERA N° _____