SOCIETA' ITALIANA di CHIRURGIA ORALE e IMPLANTOLOGIA (SICOI)
Scheda di ISCRIZIONE o RINNOVO

da spedire anche solo via fax a: Medicina Viva Via Marchesi 26 D 43126 Parma
fax 0521-29.13.14 oppure per e-mail a sicoi@mvcongressi.It

Titolo, COGNOME E NOME _____

Via _____

C.A.P. _____ CITTÁ _____ PROV. _____

TEL _____CELL _____

FAX _____ E-MAIL _____

Nato a _____ il _____

Codice Fiscale (Obbligatorio) _____

Istituto/ENTE di lavoro _____

Note:_____

LIBERATORIA EDITORIALE: Concedo l'assenso a pubblicare i miei dati personali soprascritti sul "sito web" della SICOI www.sicoi.it Per autorizzazione

Data _____ **Firma** _____

Invio la quota associativa che da diritto alla partecipazione gratuita alle **manifestazioni SICOI dell'anno in corso**
Mi iscrivo in qualità di: **Ric n** ☐

☐ **SOCIO ORDINARIO €. 200** ☐ **SOCIO ATTIVO €. 400** ☐ **SOCIO Juniores €. 100**

Invio totale Euro _____ per la quota associativa per anno/i _____

☐ **Assegno bancario** intestato **Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia** e spedito a:
Medicina Viva, Via Marchesi 26 D - 43126 Parma

☐ **Contanti (solo in sede congressuale)**

☐ **Bonifico Bancario** (allegare fotocopia del bonifico effettuato) intestato a **SICOI** su CARIPARMA - ag. 1 di Parma
IBAN IT76 L 06230 12701 000036232792

☐ **Carta di credito** VISA Carta Si Mastercard (non sono accettate altre Carte di credito)

n° ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Scad. _____/_____

codice CV2 (ultime 3 cifre presenti sul retro della carta) _____

Autorizzo il prelievo Data_____ **Firma** _____

Informativa Privacy Ai sensi del D.lgs n. 196/03 si informa che i Suoi dati personali acquisiti tramite il presente modulo di iscrizione saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, unicamente per finalità connesse alla gestione del rapporto associativo, e se lo desidera per l'invio di informazioni relative ad iniziative congressuali e promozionali avviate da SICOI e Medicina Viva Servizio Congressi Sp.A. o per l'invio di prodotti editoriali. Il conferimento dei dati facoltativo ma la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I dati personali saranno trattati dal Responsabile del trattamento, Medicina Viva Servizio Congressi S.p.A., inoltre, potranno essere comunicati a istituti bancari, a soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria per legge, a società scientifiche italiane ed estere, a segreterie organizzative italiane ed estere per l'organizzazione di corsi e convegni, a case editrici per la spedizione di riviste. Le ricordiamo infine che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003 in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, rivolgendo le richieste al Responsabile del trattamento inerente il servizio di segreteria delegata, MEDICINA VIVA Servizio Congressi S.p.A.., con sede in Parma, Via Marchesi 26 D. Il Titolare del trattamento è la SICOI - Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia

Consenso per l'invio di comunicazioni promozionali e editoriali
Il sottoscritto esprime il consenso all'invio anche mediante strumenti automatizzati, di informazioni relative ad iniziative culturali, congressuali e promozionali promosse da **SICOI** e Medicina Viva Servizio Congressi S.p.A.

€ **acconsento** € **non acconsento**

Consenso per la comunicazione dei dati a terzi .
Il sottoscritto esprime il consenso alla comunicazione dei propri dati società scientifiche italiane ed estere, a segreterie organizzative italiane ed estere per l'organizzazione di corsi e convegni di settore.

€ **acconsento** € **non acconsento**

Data _____ **Firma** _____