



AMOlP
Associazione Medici e Odontoiatri liberi
professionisti

MODULO DI
ISCRIZIONE/RINNOVO 2023

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita ___/___/_____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

Residente a _____ PRV _____ CAP _____

Indirizzo _____ n. _____ Cellulare _____

E-mail _____ PEC _____

Laurea in _____ Anno _____

Specializzazione in _____ Anno _____

Iscritto all'Albo dell'ordine dei _____ della provincia di _____ Numero _____

Per gli STUDENTI:

Iscritto al _____ anno del corso di studi in _____

dell'Università di _____

ISCRIZIONE AD AMOLP NELLA QUALITA' DI:

- ASSOCIATO ORDINARIO - **30,00** euro da inviare a mezzo bonifico bancario al seguente IBAN **IT87B0623003201000064424430** Intestato ad AMOlP Associazione Medici e Odontoiatri liberi professionisti presso Crédit Agricole Italia Ag 2 di Roma.
- Causale del bonifico: **quota di Iscrizione o rinnovo 2023 nome e cognome**
- ASSOCIATO STUDENTE, gratuito, quota riservata agli studenti regolarmente iscritti all'ultimo anno dei corsi di laurea in medicina e **chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria.**

L'ISCRITTO DEVE ATTENERSI AGLI ARTICOLI DELLO STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE, RISPETTARNE IL REGOLAMENTO E MANTENERE UN COMPORTAMENTO CONSONO AL CODICE DEONTOLOGICO.

LEGGE 19612003 PRIVACY CONSENSO ALLA RACCOLTA E ALLA GESTIONE DEI DATI PERSONALI

AUTORIZZO NON AUTORIZZO ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196\03 il trattamento dei miei dati personali per le finalità necessarie, connesse e/o strumentali allo svolgimento delle funzioni istituzionali e/o statuarie dell'associazione correlata alla mia iscrizione\partecipazione. Dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali. In mancanza del mio consenso il servizio non potrà essere erogato.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196\03 il trattamento a terzi per finalità di marketing, sondaggi, ricerche di mercato, offerte dirette, proposte commerciali. Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs 196\2003, potrà esercitare i relativi diritti, fra cui consultare, modificare e cancellare i suoi dati o opporsi al loro trattamento.

DATA _____ FIRMA _____

La presente domanda dovrà essere compilata in ogni sua parte, firmata ed inviata a mezzo e-mail al seguente indirizzo iscrizione@amolp.it insieme a copia di avvenuto bonifico; in caso contrario la domanda non verrà accettata.