

SCHEDA DI ADESIONE

Desidero

- Associarmi alla S.M.B. Italia Rinnovare ass. alla S.M.B. Italia

<input type="radio"/> Laurea in	<input type="radio"/> Studente in
---------------------------------	-----------------------------------

<input type="radio"/> Med.	<input type="radio"/> Farm.	<input type="radio"/> Vet.
----------------------------	-----------------------------	----------------------------

SPECIALIZZAZIONE _____

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Prov. _____ Tel. _____

Cod. Fisc. (obbligatorio) _____

Email _____

Intestare le ricevute a:

Cognome/Ditta/Farmacia _____

N.ro socio _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Prov. _____ Tel. _____

Cod. Fisc. (obbligatorio) _____

Allego:

- F. copia del versamento sul c/c postale n. 18448001

N.B. indicare anche sul c/c postale la causale del versamento (professione - Cod. Fisc.)

Per: Euro 50,00 - quota Assoc. S.M.B.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

I dati forniti saranno oggetto di trattamento a mezzo di sistemi informatici e manuali, nel pieno rispetto delle norme. Tali dati saranno utilizzati per uso interno a scopo amministrativo e/o commerciale, potranno essere comunicati a terzi per invio di comunicazioni riguardanti informazioni scientifiche e/o commerciali nel campo della medicina naturale, ed al Ministero della Salute, o ad altri Enti ufficiali, ai fini del rilascio dei crediti ECM. Secondo quanto stabilito dall'art. 13 del D.LGS n.196 del 30/06/2003 il partecipante potrà chiederne la rettifica o la cancellazione in qualsiasi momento all'indirizzo smbitalia@smbitalia.org oppure scrivendo a Smb Italia via M. Serao 23/a - 00128 Roma. Con la firma qui di seguito si accetta il trattamento dei dati come suesposto, unitamente alle norme di partecipazione ed iscrizione alla Smb Italia.

Data

Firma leggibile per accettazione