



SCHEDA DI ISCRIZIONE

S.O.T.I.M.I.

SOCI PRESENTATORI _____

Il Prof./Dott. _____

Nato a _____ **il** _____

Indirizzo _____

Località e CAP _____

Telefono _____ **fax** _____ **mail** _____

Codice fiscale _____ **cell** _____

Chiede di essere ammesso a far parte della Società di Ortopedia e Traumatologia dell'Italia Meridionale ed Insulare in qualità di socio ordinario

Anno di Laurea _____

Specializzazione in _____ **Anno** _____

Sede esercizio attività _____

Qualifica professionale _____

Indirizzo sede _____

Cap e Località _____

Telefono _____ **Fax** _____ **Mail** _____

Firma _____ **Data** _____

Inviare il modulo alla Segreteria S.O.T.I.M.I.

Segreteria: BALESTRACONGRESSI – Via Odoardo Beccari, 117/A 00154 – Roma

Tel. +39 065743634 – Fax +39 0662277364

sotimi@balestracongressi.com



SOCIETÀ DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DELL'ITALIA MERIDIONALE ED INSULARE
presso LA CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA DELLA II UNIVERSITÀ DI NAPOLI

S.O.T.I.M.I.

Modalità di pagamento

Quota iscrizione annuale € 30,00
Quota una tantum nuovi iscritti € 10,00

Bonifico su

Banca: **CARIPARMA**

Agenzia: **00596- NAPOLI AG. 27**

Iban: **IT 69 I 06230 03420 0000 63707566**

Intestato a: **SOC.ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ITALIA MERIDIONALE E
INSULARE**

Informativa e Consenso soci

INFORMATIVA ex artt. 13 e 161 D.Lgvo 30 Giugno 2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Gentile Socio, La informiamo che i dati personali che richiediamo sono essenziali ai fini della prestazione dei servizi cui hanno diritto gli associati. Sono trattati, sia in modo informatizzato che cartaceo, per permettere il regolare svolgimento dell'incarico commissionatoci, nel pieno rispetto della normativa in materia e nel Suo stesso interesse.

La rassicuriamo che daremo luogo alle sole comunicazioni necessarie per l'adempimento del servizio o imposteci da disposizioni di legge. L'eventuale elaborazione dei dati da parte di terzi (con la conseguente conservazione presso le loro sedi) e, in generale, l'affidamento a terzi di operazioni di trattamento, avverranno sulla base di adeguate nomine a "responsabile" o ad "incaricato".

Se desidera maggiori informazioni può contattarci al n. 06 5743634

Verrà prontamente evasa qualunque richiesta, anche via fax al n. 06 66277364, di esercizio dei diritti di cui all'art. 8 D.Lgvo n. 196/2003.

Attraverso il Nostro Responsabile del trattamento, reperibile presso la sede, può accedere ai Suoi dati personali, per verificarne l'utilizzo o, eventualmente, per correggerli, aggiornarli ovvero per cancellarli od opporsi al loro trattamento.

In fede

S.O.T.I.M.I. (Società di Ortopedia e Traumatologia dell' Italia Meridionale ed Insulare)

Ricevuta la dettagliata Informativa il sottoscritto

esprime attraverso la barratura dell'appropriata casella, libero consenso (SI) / diniego (NO) al trattamento ed all'eventuale comunicazione dei dati personali, inclusi quelli sensibili, per le finalità e secondo le modalità specificate nell'Informativa ricevuta.

In caso di diniego non saremo in grado di prestare servizi quali recapito riviste, comunicazioni sui congressi e servizi riservati ai Soci.

SI

NO

Nome e Cognome

Firma leggibile

Data