

Scheda di Iscrizione

nuova

rinnovo

Nome Cognome

Luogo di nascita data

Residenza: Via n°

C.A.P. Città

Telefono Cellulare

E-mail

Ente di appartenenza:

PROFILO PROFESSIONALE

DIRIGENTE MEDICO

DIRIGENTE NON MEDICO

MEDICO CONVENZIONATO

COMPARTO : specificare profilo

Altro

Eventuale incarico ricoperto:

CHIEDE DI ISCRIVERSI A CARD LOMBARDIA ANNO

La quota annuale di € 30 può essere versata tramite bonifico bancario

IBAN IT58Y0306909606100000136922

CARD della Regione Lombardia- Società Scientifica dei Servizi Territoriali

**Si richiede di inviare modulo di iscrizione compilato e copia del bonifico effettuato all'indirizzo email
card.lombardia2022@gmail.com**

data,

Firma

Trattamento dei dati:

Sono consapevole che i miei dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (c.d. Testo unico Privacy).

I dati da me forniti verranno trattati per finalità contabili e amministrative. I dati saranno comunicati alla CARD Italia per gli adempimenti di propria competenza. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto. In futuro:

desidero essere informato di altre iniziative CARD Lombardia e CARD ITALIA;

non desidero essere informato.

Data

Firma