

# Modulo Iscrizione



Siete pregati di riempire tutti i campi indicati

## ANAGRAFICA

Nome .....

Cognome .....

Telefono .....

Indirizzo ..... N.....

Citta ..... Provincia..... CAP .....

## DATI PROFESSIONALI

Nome Studio Professionale .....

Telefono studio .....

Mail .....

Socio ORDINARIO Costo 100 € [..]

## QUALIFICA

Odontoiatra [..]

Implantologo [..]

Protesista [..]

Altro [..]

ISCRIZIONE ALBO \_\_\_\_\_

N. ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

### Pagamento

Il pagamento può essere effettuato sul C/C intestato ad AB Academy

IBAN IT41R0834422000000018882740

con CAUSALE Iscrizione Socio

oppure con pagamento direttamente sul sito tramite PayPal o carta di credito. Il codice di pagamento che si riceve sulla mail andrà inserito qui :

\_\_\_\_\_

### Privacy

I dati forniti mediante la compilazione del presente modulo saranno trattati in conformità al GDPR 2016/679 (C.D. Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali). L'utente compilando il presente modulo , conferma di esprimere il proprio consenso al trattamento degli stessi, unicamente per le finalità indicate ed eventuali successive comunicazioni necessarie, senza le quali non si potrebbe procedere al completamento e/o svolgimento dell'attività indicata.

Città, Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_