

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
