



DOMANDA DI ISCRIZIONE NEOLAUREATI E SPECIALIZZANDI

COGNOME		NOME
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
INDIRIZZO EMAIL		NUMERO CELLULARE
INDIRIZZO DI STUDIO VIA CAP CITTA' PROV		TELEFONO DI STUDIO FAX DI STUDIO
INTESTAZIONE QUIETANZA/FATTURAZIONE ELETTRONICA		
INDIRIZZO DI FATTURAZIONE VIA CAP CITTA' PROVINCIA		CODICE FISCALE
PARTITA IVA	SE IN POSSESSO DI PARTITA IVA INDICARE SDI E/O PEC	
ALBO <input type="checkbox"/> Ordine dei Medici <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri	ISCRIZIONE ALBO N.	PROVINCIA DI ISCRIZIONE DATA DI ISCRIZIONE
<input type="checkbox"/> Laurea in Medicina e Chirurgia	DATA	UNIVERSITA' DI
<input type="checkbox"/> Laurea in Odontoiatria	DATA	UNIVERSITA' DI
<input type="checkbox"/> Specializzando in Ortognatodonzia	<input type="checkbox"/> I Anno <input type="checkbox"/> II Anno <input type="checkbox"/> III Anno	UNIVERSITA' DI
<input type="checkbox"/> Masterizzando in Ortognatodonzia	DATA DI INIZIO MASTER	UNIVERSITA' DI

Metodi di pagamento:

- Bonifico intestato a SUSO, Sindacato Unitario Specialità Ortognatodonzia
IBAN: IT 27A 03069 09606 100000116255
- Carta di credito mediante iscrizione online sul sito www.suso.it
 - Specializzandi primo anno, euro 20,00 all'anno
 - Specializzandi II o III anno, euro 50,00 all'anno
 - Specializzandi I, II e III anno, euro 90,00 con validità 3 anni
 - Soci Giovani: neolaureati nei tre anni dalla laurea 20,00 euro

NUOVA LEGGE SULLA PRIVACY – REGOLAMENTO UE 2016/679

Il richiedente, con l'invio di tali dati, autorizza il S.U.S.O. Sindacato Unitario Specialità Ortognatodonzia, ai sensi del REGOLAMENTO UE 2016/679, all'uso dei dati personali forniti per consentire qualsiasi tipo di trattamento si rendesse necessario ai soli fini associativi e sindacali.

Accetto non Accetto **Data**

Firma _____