

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALLA SOCIETA' CAMPANO CALABRO LUCANA DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA**

*(Compilare in stampatello ed inviare a sccl2016@libero.it)*

**Prot. 02/2016/SCCL**

Il sottoscritto Dr  Prof

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo (via/p.za) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telef. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Denominazione Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'Azienda (via/p.za e n. civico) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

chiede di essere iscritto alla SCCL ( SOCIETA' CAMPANO CALABRO LUCANA DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA) per la quota annuale di €. 20,00.

firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative della SOCIETA' CAMPANO CALABRO LUCANA.

firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

