



SOCIETA' OFTALMOLOGICA TRIVENETA

MODULO QUOTA ASSOCIATIVA 2019

La quota associativa anno 2019 è di: **€ 100,00 (euro CENTO/00)** da versare tramite bonifico bancario sul conto intestato a:

SOT – Società Oftalmologica Triveneta – Viale Trieste, 29/C -36100 Vicenza

CentroVeneto Bassano Banca– Filiale Centro Storico Vicenza – IBAN: **IT86D0859011801000081007176**

Medico Chirurgo

Ortottista

Cognome _____ Nome _____

I° Specialità _____ II° Specialità _____

Via abitazione _____ Città' _____ Cap _____ Prov _____

Luogo di lavoro _____

Recapito telefonico _____ cellulare _____

E.mail: _____

Luogo di nascita _____ .Prov _____ il _____

Codice Fiscale _____

Chiede l'iscrizione alla SOT – Società Oftalmologica Triveneta per l'anno 2019

Luogo e data _____

Firma _____

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali ai fini statutari

Preso atto dei diritti riconosciuti dall'art. 13 della l.n.675/96 a mia conoscenza,il/la sottoscritto/a autorizza SOT a trattare,comunicare, diffondere, anche in modalita' elettronica e/o automatizzata, i dati personali di cui al presente modulo ai fini statutari, informazioni e comunicazioni commerciali, invio di materiale informativo e culturale, comunicazioni ad industrie farmaceutiche al fine di partecipazioni a congressi, convegni ed incontri culturali.

Luogo e Data _____

Firma _____