

Richiesta di iscrizione alla S.I.PRO.

(sede: viale Majno n. 15, Milano)

Il sottoscritto

cognome			
nome			
luogo di nascita			
provincia		data di nascita	
residente a			
c.a.p.		provincia	
indirizzo			
documento d'identità (es. carta d'identità)			
numero		data	
rilasciato da			
codice fiscale			
iscritto all'Ordine dei medici di		n. iscrizione	
email			
posta certificata			
telefono			

presa visione dello statuto, chiede di poter iscriversi alla Società Italiana di Proloterapia (S.I.PRO).

Dichiara, nel rispetto della normativa vigente:

- che le informazioni riportate corrispondono al vero;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione futura dei propri dati;
- di impegnarsi a rispettare lo statuto;
- di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali, da parte del titolare della società e dei suoi incaricati, in modo lecito e secondo correttezza, in conformità alle leggi vigenti in tema di protezione dei dati personali, per le sole finalità connesse al ruolo di socio.

luogo		data	
firma autografa			