

DOMANDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO

da spedire compilata a: info@siop-ispo.com

COGNOME e NOME _____
Domiciliato in Via _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____ Cell. _____ / _____
E-mail (in stampatello) _____
Codice Fiscale _____ Nato a _____ il _____

chiede di essere iscritto alla Società SIOP in qualità di:

Oculista Specializzando/a Ortottista/Assistente in Oftalmologia

Allega la quota di iscrizione per l'anno/i _____

€ 80,00 (Oculista) € 50,00 (Specializzando/a - Ortottista/Assistente in Oftalmologia)

e accetta lo Statuto, regolamento dell' Associazione

Invio la quota associativa mediante:

Si prega di barrare la modalità di pagamento prescelta e di inviare la documentazione completa richiesta alla Segreteria SIOP.

Bonifico bancario CARIPARMA - Ag. 1 Parma IBAN: IT05 B 06230 12701 000035950886 (Intestato alla Società Italiana di Oftalmologia Pediatrica) (causale rinnovo iscrizione SIOP anno _____)

Si prega di inviare copia del bonifico effettuato via email all'indirizzo: info@siop-ispo.com

Ai sensi del "Regolamento UE 2016/679" si informa che i Suoi dati personali acquisiti tramite il presente modulo di iscrizione saranno trattati, con l'utilizzo anche di strumenti elettronici, per finalità connesse alla gestione del rapporto associativo e se lo desidera per l'invio di informazioni relative ad iniziative congressuali avviate dalla SIOP e per l'invio di prodotti editoriali. Il conferimento dei dati è facoltativo ma la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle prestazioni richieste. I dati personali saranno trattati dal Responsabile del trattamento, inoltre potranno essere comunicati a istituti bancari, a soggetti ai quali la comunicazioni risulti necessaria per legge, a società scientifiche italiane ed estere, a segreterie organizzative italiane ed estere per l'organizzazione di corsi e convegni, a case editrici per la spedizione di riviste e a sindacati di categoria. Le ricordiamo infine che Le sono riconosciuti i diritti in base al "Regolamento UE 2016/679" in particolare, il diritto di accedere ai Suoi dati personali, chiederne rettifica, aggiornamento e/o cancellazione, rivolgendo richiesta al responsabile inerente al il servizio di segreteria delegata. Il titolare del trattamento è la SIOP.

ACCETTO

Consenso per l'invio di comunicazioni.

Il sottoscritto esprime il consenso all'invio anche mediante strumenti automatizzati, di informazioni relative ad iniziative culturali, congressuali promosse da SIOP, e per l'invio di prodotti editoriali.

ACCETTO NON ACCETTO

Consenso per la pubblicazione del nome e cognome.

Il sottoscritto esprime il consenso per la pubblicazione del proprio nome e città di provenienza in una pagina pubblica del sito www.sio-p-ispo.com

ACCETTO NON ACCETTO

Consenso per la trasmissione dei dati personali.

Il sottoscritto esprime il consenso per la trasmissione del proprio nome e indirizzo email ad aziende del settore oculistico/oftalmologico che dovessero farne richiesta

ACCETTO NON ACCETTO

Data _____ .firma _____