



Modulo di Iscrizione

all'Associazione Italiana di Medicina del Sonno – AIMS

(da inviare via fax al numero 051 6564334)

COGNOME

NOME

INDIRIZZO PRIVATO

VIA / PIAZZA

N°

CITTA'

CAP

PROV.

TELEFONO *

FAX *

INDIRIZZO LAVORO

ENTE

DIVISIONE

VIA / PIAZZA

N°

CITTA'

CAP

PROV.

TELEFONO *

FAX *

INDIRIZZO E-MAIL *

DATA DI NASCITA *

LAUREA IN *

CONSEGUITA NELL'ANNO *

POSIZIONE PROFESSIONALE *

SPECIALISTA IN *

SPECIALIZZANDO IN *

ARGOMENTI DI MAGGIOR INTERESSE *

Indicare l'indirizzo a cui si preferisce ricevere la posta dell'Associazione:

PRIVATO

LAVORO

SOCI PRESENTATORI:

1) _____ FIRMA _____

2) _____ FIRMA _____

Legge Privacy. I dati con asterisco (*) servono per l'iscrizione. Ai sensi del D.lgl. 196/2003 il loro conferimento è facoltativo, ma la loro mancanza potrebbe impedire la regolare effettuazione dei servizi offerti al Socio.

I dati senza asterisco servono agli adempimenti amministrativi e fiscali e il loro conferimento è obbligatorio per la Sua iscrizione. Tutti i dati rilasciati verranno raccolti e trattati (in modalità manuale ed informatica) nel rispetto del D.lgs. 196/03 anche per l'eventuale invio di materiale informativo e/o promozionale. I dati non verranno diffusi a soggetti esterni ad eccezione di istituti bancari, società di recapito di corrispondenza, aziende da noi incaricate per la gestione dei servizi. E' suo diritto chiedere l'aggiornamento o la cancellazione dei suoi dati od opporsi al loro utilizzo scrivendo al titolare del trattamento, **AIMS c/o Avenue Media, Via Riva Reno 61 - 40122 Bologna – segreteria@avenuemedia.eu. Può trovare il testo integrale della legge, che comprende l'enunciazione di tutti suoi diritti sul sito www.avenuemedia.eu (Legge Privacy).**

In base all'art. 130 (D.lgs.n.196/03), la legge impone di ricevere il consenso dell'interessato prima di inviare informazioni di tipo commerciale via e-mail, telefax, sms. Il consenso è facoltativo ma la mancanza può compromettere il normale svolgimento del nostro servizio. A tal fine Le chiediamo di sottoscrivere il consenso sotto riportato

Data ____ / ____ / ____

Firma _____