



Modulo di Iscrizione

all'Associazione Italiana di Medicina del Sonno – AIMS

(da inviare via fax al numero 051 6564334 oppure via posta all'indirizzo:
Segreteria AIMS c/o Avenue media, Via Riva Reno 61 – 40122 Bologna)

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 *

CODICE FISCALE

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 _____

Informativa Privacy

Con riferimento ai dati personali da Lei forniti alla scrivente AIMS, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ("Regolamento generale sulla protezione dei dati", di seguito il "Regolamento") Vi informiamo di quanto segue: Il Titolare del Trattamento è AIMS c/o Avenue Media Srl con sede legale in Via Riva Reno, 61 - 40122 Bologna, nella persona del suo legale rappresentante.

Testo integrale informativa privacy su www.avenuedia.eu alla pagina "Informativa privacy Congressi". Do il mio consenso al trattamento dei dati:

SI NO

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Compilare in stampatello ed inviare a: **Segreteria AIMS** c/o Avenue media S.r.l. – Via Riva Reno 61 – 40122 Bologna
Tel. 051/6564311 - Fax 051/6564334 - e-mail: segreteria@avenuedia.eu