

“ASSOCIAZIONE CARD TRENTINO - ALTO ADIGE”

ANNO 2024

Nuova iscrizione

Rinnovo iscrizione

Dati personali

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ data di nascita _____
Codice Fiscale _____ Comune di Residenza _____ Prov _____
Via _____ n _____ Tel./cell _____
E-mail _____

Provincia di appartenenza

Trento Bolzano Altro (specificare) _____

Dati Azienda di appartenenza

Azienda _____ Distretto di _____

Profilo professionale:

DIRIGENTE MEDICO DIRIGENTE NON MEDICO MEDICO CONVENZIONATO
 PERSONALE AREA DI COMPARTO (specificare professione) _____
 ALTRO (specificare professione) _____

CHIEDE

di iscriversi all'Associazione Scientifica “CARD TRENTINO ALTO ADIGE” ANNO 2024 versando la quota di:

€ 50,00-RUOLO DIRIGENZIALE (MEDICO /NON MEDICO)
 € 30,00-RUOLO NON DIRIGENZIALE

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico bancario da inviare a: cardtrentinoaltoadige@gmail.com intestato a :

CARD TRENTINO ALTO ADIGE
CIN: B ; ABI: 08178; CAB 35220; CONTO N.: 78634.
EU IBAN: IT49 B081 7835 2200 0000 0078 634

CAUSALE: Quota di Iscrizione CARD TRENTINO ALTO ADIGE 2024 cognome + nome .

In ottemperanza alla Legge 196/03 e succ. modifiche, si autorizza il trattamento dei dati personali per fini unicamente inerenti le attività di aggiornamento/informazioni promosse dall'Associazione. Saranno comunicati alla CARD Italia per gli adempimenti di propria competenza. Il trattamento dei dati sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto. In futuro:

Desidero essere informato di altre iniziative di CARD TRENTINO ALTO ADIGE e CARD ITALIA

Data _____

Firma _____