

DOMANDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO

da spedire compilata a: *eventi@formazioneeventisrl.it*

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

Stefano
Bonini

COGNOME e NOME _____
Via _____ n° _____ CAP _____
Città _____ Prov. _____
Cell. _____

VICE-PRESIDENTE

Fabio
Fiormonte

Email (*in stampatello*) _____
Codice Fiscale _____
Nato a _____ il _____

SEGRETARIO

Romolo
Appolloni

chiede di essere iscritto alla Società SOR per l'anno/i _____ in qualità di:
 Oculista Specializzando/a Ortottista/Assistente in Oftalmologia
ed accetta lo Statuto, regolamento dell' Associazione

€ 50,00

CONSIGLIERI:

Francesco
Bozzoni
Pantaleoni

Coordinate Bancarie: Unicredit Banca di Roma

Conto intestato a Società Oftalmologica Romana e del Lazio

IBAN : IT 02 J 02008 05265 000105996377

Indicare nella causale del bonifico: *Quota associativa SOR + Cognome e Nome dell'iscritto*

Alessandro
Lambiase

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 SOR 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 comunicazione 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 SOR.

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 SOR, 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 della società.

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

Firma _____ Data _____

Ciro
Tamburelli