



SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dott. Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Abitante a Prov.

Cap Via n.

Tel. Casa Cell

E-mail

Codice Fiscale

Regione Azienda

Ospedale/Distretto/P.O.

Qualifica **MEDICO SPECIALIZZANDO**

Specialità

Reparto

Chiede l'iscrizione a CIMO per la quota annuale di € 50,00 stabilita dalla Direzione Nazionale.

Con la presente, inoltre, si impegna a versare alla Segreteria Nazionale CIMO € 50,00 (cinquanta euro) quale quota di iscrizione tramite bonifico bancario intestato a:

CIMO Nazionale - IBAN IT80H0304801000000000088292

(Banca del Piemonte - Sede di Torino)

La validità dell'iscrizione è annuale e da me anticipata nel mese di Gennaio di ogni anno.

Data Firma

CONSENSO

Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto copia e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 allegata alla presente scheda di iscrizione.

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza CIMO ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto del Regolamento sopra citato, per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto CIMO.

Data Firma