



SCHEMA ASSOCIATIVA 2021

RICHIESTA NUOVA ISCRIZIONE

RICHIESTA RINNOVO ISCRIZIONE

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____
Luogo nascita _____ data nascita _____
C.F. _____ Comune di Residenza _____ Provincia () _____
Via _____ n° _____

DATI AZIENDA – DISTRETTO

AZIENDA _____ Distretto n° _____ di _____

PROFILO PROFESSIONALE

DIRIGENTE MEDICO DIRIGENTE NON MEDICO MEDICO CONVENZIONATO

COMPARTO : specificare profilo _____

Altro _____

TELEFONO DI CONTATTO (cellulare): _____

E-MAIL DI CONTATTO PER RICEVERE AGGIORNAMENTI _____

CHIEDE

Di iscriversi a CARD VENETO per l'ANNO 2021
e allo scopo versa la quota di Euro 30,00 (Euro 15,00 per gli specializzandi)

Modalità di pagamento:

Bonifico sul seguente IBAN: IT 12 X076 0111 7000 0005 2885 332

(Indicando beneficiario: CARD Veneto; Nome e Cognome dell'associato)

Data _____

Firma _____

Trattamento dei dati:

Sono consapevole che i miei dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all'art. 13 del regolamento europeo 679/2016. I dati da me forniti verranno trattati per finalità contabili e amministrative. I dati saranno comunicati alla CARD Italia per gli adempimenti di propria competenza. Il trattamento 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 CARD VENETO;

non desidero essere informato.

Data _____

Firma _____