



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Gruppo Romano Laziale di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale

Chiedo di essere iscritto/a, all'Associazione Gruppo Romano Laziale di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale, edotto delle finalità dell'Associazione, inviando al Segretario - Tesoriere, Dott.ssa Antonella Cosenza (e-mail: **antonella.cosenza01@gmail.com**) la presente scheda di iscrizione, debitamente compilata e copia della ricevuta del bonifico bancario

Indirizzo Privato:

NOME:
COGNOME:
Nato a:
Nato il:

E-mail:
Cellulare:
Indirizzo:
Città/Prov:

Indirizzo Professionale:

Istituto:
Qualifica:
Specialità:

Indirizzo:
Città/Prov:
Tel/Fax:

Specifici interessi:

Quota associativa annuale € 50,00

Coordinate per pagamento tramite bonifico bancario:

Gruppo Romano Laziale di ORL – Via L. Pigorini 6, 00162 Roma

IBAN IT 60 S 0310403207000000822224 (Deutsche Bank).

Si prega di indicare la specifica del versamento nella causale.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

Data	Firma
------	-------