Domanda per il conseguimento della qualifica di ***Socio Ordinario Junior****
*dell'**Accademia Italiana di Endodonzia***

* Possono appartenere a questa categoria tutti coloro che siano in possesso del titolo legalmente riconosciuto per l'esercizio della professione odontoiatrica e che hanno fino a 35 anni di età (compresi)

Il/La sottoscritto/a _____ con la presente chiede di essere iscritto per l'anno **2019** alla **Accademia Italiana Endodonzia**. A tal fine comunica quanto segue: *Titolo*: [_] Dott . [_] Prof.

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____/_____/_____

N. iscrizione Albo degli Odontoiatri _____Prov. _____

Dati per la fatturazione:

Ragione Sociale: _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Cod. Fiscale (obbligatorio) _____

P. IVA (obbligatoria, se esistente) _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

QUOTA D'ISCRIZIONE:
€ 180,00 entro il 20 gennaio 2019
€ 200,00 dal 21 gennaio 2019

I Soci Ordinari Junior hanno diritto a: partecipare gratuitamente al Congresso Nazionale e al Corso di Aggiornamento di ottobre 2019; accedere all'area loro riservata dal sito: accademiaitalianaendodonzia.it; usufruire di uno sconto pari al 20% della quota di iscrizione al Continuing Education 2019 e al Corso Avanzato; ricevere gratuitamente l'Italian Dental Journal (12 numeri/anno) e la Newsletter "Dental Academy" ed. Griffin; usufruire di uno sconto del 20% sui libri editi da Griffin; usufruire di uno sconto del 10% sui libri editi da Thieme; usufruire di una sconto del 10% sui libri editi da Piccin Nuova Libraria in occasione degli eventi culturali AIE nel corso dell'anno; accedere al percorso di Formazione a Distanza (FaD CIC)

Modalità di pagamento:

[_] **bonifico bancario** (allegare fotocopia) =, a favore della Accademia Italiana di Endodonzia IBAN: IT95Y0503422803000000019340

[_] **assegno bancario** =, non trasferibile intestato alla Accademia Italiana di Endodonzia.

Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali

Ai sensi del.regolamento UE 679/2016 e successive modifiche o integrazioni, la informiamo che i suoi dati personali, acquisiti tramite il modulo di iscrizione, saranno trattati dall'Accademia Italiana di Endodonzia titolare del trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dall'associazione e non saranno ceduti a terzi senza il suo consenso.

In qualsiasi momento potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati, nonché opporsi all'invio, da parte nostra, di materiale pubblicitario o informazioni commerciali con una comunicazione indirizzata a: info1accademiaitalianaendodonzia.it.

L'informativa completa potrà essere reperita presso i nostri uffici o sul sito:
http://www.accademiaitalianaendodonzia.it/

Il consenso al trattamento dei dati sopraindicati non è richiesto in quanto indispensabile al fine dell'iscrizione alla Società (diversamente non sarà possibile dare seguito alla sua iscrizione).
Le chiediamo inoltre di concederci il suo consenso per le seguenti finalità:

a) Accreditamento E.C.M. [SI] [NO]

b) Adempimenti connessi con l'organizzazione di eventi. [SI] [NO]

c) L'invio di informazioni su nuove iniziative o corsi e materiale promozionale. [SI] [NO]

d) Per attività di diffusione (pubblicazione dei suoi dati personali su sito .....) [SI] [NO]

e) Per attività di comunicazione a terzi (aziende di settore sponsor istituzionali) [SI] [NO]

Data_____ Timbro e firma del Richiedente _____

Si prega di **inviare la richiesta di iscrizione**,
unitamente all'assegno bancario oppure alla fotocopia del bonifico bancario, a: **Dr. Alberto Pellegatta** – Sede Amministrativa AIE
Via Piave, 6 - 21052 Busto Arsizio (VA)
Tel/Fax: 0331 686222 - E-mail: segreteria@accademiaitalianaendodonzia.it