

*Domanda per il conseguimento della qualifica di
Socio Ordinario Junior*
dell'Accademia Italiana 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 31 anni di età (compresi).

Il/La sottoscritto/a _____
con la presente chiede di essere iscritto per l'anno **2018** 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. _____ Anno di laurea ____/____/____

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: € 200,00

I Soci Ordinari Junior hanno diritto a: partecipare gratuitamente al Congresso Nazionale e ai Corsi di Aggiornamento di febbraio e maggio 2018; accedere all'area loro riservata dal sito: www.accademiaitalianaendodonzia.it; usufruire di uno sconto pari al 20% della quota di iscrizione al Continuing Education 2018 sia per il Modulo Base che per i Corsi Avanzati; 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 uno sconto del 10% sui libri editi da Piccin Nuova Libreria in occasione degli eventi culturali AIE nel corso dell'anno; accedere al percorso di Formazione a Distanza (FaD CIC).

Garanzia di riservatezza. Preso atto dell'informativa (T.U. 196/2003) contenuta nel sito www.accademiaitalianaendodonzia.it, autorizzo l'invio di materiale pubblicitario inerente altri corsi o seminari da voi organizzati: SI NO

Mi iscrivo in qualità di Socio Ordinario Junior (€ 200,00)

Modalità di pagamento:

bonifico bancario (allegare fotocopia), di **€ 200,00** a favore della Accademia Italiana di Endodonzia IBAN: IT 69M0558422800000000019340

assegno bancario di € 200,00, non trasferibile intestato alla Accademia Italiana di Endodonzia.

Data: _____ Firma _____

Si prega di **inviare la richiesta di iscrizione**, unitamente all'assegno bancario oppure alla fotocopia del bonifico bancario, a:

Dr. Alberto Pellegatta - Segretario AIE

Via Piave, 6 - 21052 Busto Arsizio (VA) Tel/Fax: 0331 686222 - E-mail: segreteria@accademiaitalianaendodonzia.it