

FIRENZE, 19 ottobre 2019
Conference Florentia Hotel

CLINICAL TIPS AND TRICKS: ORTO-PERIO-ENDO

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Fax _____

E-mail _____

Luogo di nascita* _____ Data di nascita* _____

Codice Fiscale

**(obbligatori ai fini della documentazione ECM)*

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale _____

Indirizzo fiscale _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____ Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____

Codice destinatario (obbligatorio se esistente, in alternativa mail PEC)

QUOTE D'ISCRIZIONE (IVA A NORMA DI LEGGE INCLUSA)

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Socio Attivo AIE e Socio Giovane Affiliato AIE | gratuita |
| <input type="checkbox"/> Socio Ordinario, Socio Ordinario Junior e Studente Frequentatore AIE° | gratuita |
| <input type="checkbox"/> Non Socio AIE | € 180,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio ANDI Firenze..... | € 140,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio Società afferenti CIC | € 140,00 |
| <input type="checkbox"/> Non Socio AIE (di età inferiore ai 30 anni) | € 120,00 |
| <input type="checkbox"/> Studente del Corso di Laurea in Odontoiatria non Socio AIES* | € 40,00 |

° se in regola con il pagamento della quota per l'anno 2019.

§ se Studente iscritto al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria; o specializzando iscritto ad una Scuola di Specializzazione di area Odontoiatrica o a master universitari in conservativa ed endodonzia.

* allegare la fotocopia di un documento comprovante il proprio status. Sono a disposizione n. 15 posti a titolo gratuito. Si prega di contattare la Segreteria AIE prima di procedere con l'iscrizione per ricevere informazioni circa l'effettiva disponibilità all'atto della richiesta.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

È possibile effettuare il pagamento tramite:

- Assegno bancario** - allegato alla presente - non trasferibile, intestato a
ACCADEMIA ITALIANA DI ENDODONZIA n. _____
di € _____ della Banca _____
- Bonifico bancario*** (riportare nella causale il cognome e nome del Partecipante
e l'indicazione CORSO DI AGGIORNAMENTO AIE OTTOBRE 2019: effettuato a favore
di ACCADEMIA ITALIANA DI ENDODONZIA
IBAN: **IT95Y0503422803000000019340** di € _____
**allegare copia alla presente scheda*

Le iscrizioni all'evento saranno accettate a mezzo della presente scheda entro e non oltre **venerdì 11 ottobre 2019**

CANCELLAZIONE E RIMBORSI

L'annullamento dell'iscrizione sarà accettata solo a fronte di una richiesta scritta indirizzata alla Segreteria AIE. È previsto un rimborso del 70% della quota di iscrizione per le cancellazioni comunicate alla Segreteria entro e non oltre **4 ottobre 2019**. *Dopo tale data non sarà esigibile alcun rimborso.*

ISTRUZIONI

La presente scheda di iscrizione sarà considerata valida solo se compilata in ogni sua parte e accompagnata dalla quota relativa. Si prega di dattiloscivere o compilare in stampatello ed inviare in busta chiusa oppure a mezzo fax o e-mail a:

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

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. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) Adempimenti connessi con l'organizzazione di eventi. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) L'invio di informazioni su nuove iniziative o corsi e materiale promozionale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) Per attività di comunicazione a terzi (aziende di settore sponsor istituzionali) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Data

Timbro e firma del Richiedente