

SIOPi

(Società Italiana di Odontostomatologia protesica ed Implantoprotesi)

MODULO D'ISCRIZIONE

(da inviare, compilato in tutte le sue parti, via fax al numero +39 081 7463018 oppure via email all'indirizzo segreteria@siopi.it , unitamente a copia del bonifico comprovante l'avvenuto pagamento della quota associativa)

COGNOME..... NOME.....

TEL..... CELL.

INDIRIZZO.....

CITTA'..... CAP..... PROV.....

EMAIL

LUOGO E DATA DI NASCITA

COD.FISCALE / P. IVA

Odontoiatra / Medico dentista (€ 100,00) Odontotecnico (€ 50,00)

Studente (€ 25,00) in Medicina e Chirurgia Odontoiatria Ig. Dentale

Altro.....

SETTORE: Universitario Ospedaliero Libera Professione

Si autorizza l'uso dei dati riportati ai sensi della legge 196/2003 - firma: _____

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Versamento tramite Bonifico Bancario intestato a:

SIOPi (Società Italiana di Odontostomatologia Protesica ed Implantoprotesi)

Istituto Bancario CREDEM, filiale 00580 di Volla (NA)

IBAN: IT55A0303240320010000003045