



Accademia Italiana
di Odontoiatria Protesica

SCHEDA DI ISCRIZIONE AIOP 2010

Il/La sottoscritto/a Dott./Odt. _____
chiede

di essere iscritto all'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica in qualità di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO SEZIONE ODONTOIATRICA | <input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO SEZIONE ODONTOTECNICA |
| <input type="checkbox"/> SOCIO AFFILIATO SEZIONE ODONTOIATRICA*
(allegare certificazione di iscrizione alla scuola frequentata) | <input type="checkbox"/> SOCIO AFFILIATO SEZIONE ODONTOTECNICA*
(allegare certificazione del laboratorio attestante la regolare
assunzione dell'interessato o dell'iscrizione alla scuola
frequentata) |

Dichiara di possedere i requisiti previsti dallo Statuto.
Con osservanza,

Firma _____ Data _____

* **SOCI AFFILIATI:** STUDENTI ISCRITTI AL CORSO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, DIPENDENTI DI LABORATORI ODONTOTECNICI E STUDENTI ISCRITTI A SCUOLE, LEGALMENTE RICONOSCIUTE, DI ODONTOTECNICA

DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____	NOME _____
NATO A _____	IL _____
CODICE FISCALE _____	
TELEFONO N° _____	FAX N° _____
Cellulare _____	
INDIRIZZO MAIL _____	@ _____
INDIRIZZO _____	
CAP _____	CITTA' _____ PROV. _____

DATI PER FATTURA:

RAGIONE SOCIALE _____	
INDIRIZZO FISCALE _____	N° _____
CAP _____	CITTA' _____ PROV. _____
PARTITA IVA (OBBLIGATORIA SE ESISTENTE) _____	
CODICE FISCALE della ragione sociale (OBBLIGATORIA) _____	

QUOTE ASSOCIATIVE

- SOCIO ORDINARIO (con RID/Carta di credito/bonifico/assegno) € 350,00 (IVA inclusa)
entro il 15/03/2010
- SOCIO ORDINARIO **dopo il 15/03/2010** (con bonifico/assegno/carta di credito) € 450,00 (IVA inclusa)
- SOCIO AFFILIATO € 150,00 (IVA inclusa)

Desidero sottoscrivere l'abbonamento a:

- JPD**.....€ 130,00 iva inclusa
- IJP in italiano**.....€ 110,00 iva inclusa
- IJP in inglese**..... € 110,00 iva inclusa
- Quintessenza Odontotecnica**.....€ 95,00 iva inclusa
- Teamwork Clinic**.....€ 56,00 iva inclusa

MODALITA' DI PAGAMENTO

Pagamento con carta di credito

[] Mastercard [] Visa

Numero.....

Intestata a.....valida fino al.....

Codice di sicurezzaAutorizzo a prelevare l'importo pari a €

Firma intestatario per autorizzazione

Assegno Bancario non trasferibile intestato a AIOP di €

Bonifico Bancario intestato a AIOP (allegare copia)

Presso Monte dei Paschi di Siena, IBAN IT 170 01030 02431 000001497296

RID: contattare Segreteria AIOP

Garanzia di riservatezza

- Preso atto dell'informativa (T.U. 196/2003) contenuta nel Vs. sito www.aiop.com, autorizzo l'invio di materiale pubblicitario inerente corsi o seminari da Voi organizzati. SI NO

- Preso atto dell'informativa (T.U. 196/2003) contenuta nel Vs. sito www.aiop.com, autorizzo AIOP a fornire i miei dati anagrafici ai GOLD e SILVER SPONSOR AIOP per l'invio di materiale pubblicitario inerente altre manifestazioni. SI NO

Data_____

Firma_____

COMPILARE ED INVIARE LA PRESENTE SCHEDA A:

SEGRETERIA AIOP

PIAZZA DI PORTA MASCARELLA, 7

40126 BOLOGNA

TEL. 051/240722 FAX 051/6390946

aiop@promoleader.com

E-MAIL: aiop@aiop.com