



AINAT

Associazione Italiana Neurologi Ambulatoriali Territoriali

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Cognome Nome
Nata/o il: a
Codice Fiscale
Professione Disciplina
Interessi professionali
Indirizzo C.A.P.
Città Provincia
E-mail Cellulare

Con la presente richiesta autorizzo a trattare i miei dati personali ai sensi dell' Art. 13 D. Lgs. 196/2003. I dati personali saranno utilizzati solo dall' AINAT e solo a scopo comunicativo e legale. Potrò sempre accedere ai miei dati personali e chiedere la loro cancellazione rivolgendomi all'AINAT (info@ainat.it).

Data

Firma del richiedente

.....

Domanda controfirmata dai soci AINAT:

1) Dr. Firma.

2) Dr. Firma.

Compilare ed inviare al Consiglio Direttivo dell' AINAT
E-mail: "info@ainat.it"