

lo sottoscritto, \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n. di iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

indirizzo email \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**chiedo di essere iscritto alla società SIMECNA.**

**Con la presente acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte della SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA ESTETICA E CHIRURGIA NON ABLATIVA - S.I.M.E.C.N.A. V.LE DELLA MARINA 9 00122 ROMA e, al fine di essere iscritto alla SIMECNA per l'anno solare in corso, oltre ad inviare copia del presente modulo completo in ogni sua parte all'indirizzo [info@simecna.org](mailto:info@simecna.org) ed in copia al responsabile del trattamento dati all'indirizzo [v.crapanzano@gmail.com](mailto:v.crapanzano@gmail.com),**

1. <i>Autorizzo i relativi trattamenti obbligatori delle informazioni fornite punti b) e c) §2 dell'informativa (*)</i>	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. <i>Dare luogo agli adempimenti previsti dallo Statuto dell'Associazione punto a) §2 dell'informativa</i>	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. <i>Autorizzo i trattamenti Commerciali punto d) §2 dell'informativa</i>	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. <i>Autorizzo i trattamenti Informativi punto e) §2 dell'informativa</i>	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

*(\*) la mancata autorizzazione comporta l'impossibilità di proseguire il rapporto in essere con S.I.M.E.C.N.A.*

Sono consapevole e sono stato informato del fatto di potere revocare il consenso in qualunque momento utilizzando il "MODULO DI RECESSO DELL'INTERESSATO," e inviandolo per email all'indirizzo [v.crapanzano@gmail.com](mailto:v.crapanzano@gmail.com) o spedendolo per posta all'indirizzo SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA ESTETICA E CHIRURGIA NON ABLATIVA - S.I.M.E.C.N.A. V.LE DELLA MARINA 9 00121 ROMA

Firmato da [ \_\_\_\_\_ ]:

Firma:

Data:

L'iscrizione è subordinata, oltre che al parere finale del Consiglio Direttivo, al pagamento della quota annuale prevista a/2 bonifico bancario da effettuarsi alle sottototate coordinate bancarie:

**Codice IBAN: IT 84 E 0103003380000061188377**

**PASCITMMXXX ABI 1030 BANCA MONTEPASCHI DI SIENA S.P.A.**

**S.I.M.E.C.N.A. Società Italiana di Medicina e Chirurgia Non Ablativa**

**Viale della Marina, 9 Ostia Lido Roma**