

MODULO PER LA RICHIESTA DI ASSOCIAZIONE ALLA SOC.I.TRA.S.
SOCIETÀ ITALIANA DI TRAUMATOLOGIA DELLA STRADA
(DA INVIARE VIA FAX AL N. 06 49982553, CON COPIA DELLA RICEVUTA DI VERSAMENTO)

I campi contrassegnati con * sono obbligatori in quanto necessari per la gestione della segreteria associativa.

Sezione A

Nome *

Cognome *

Sezione B

nato a *Prov./Stato *

il * (gg/mm/aaaa)/...../.....

Laurea in *

Università di

Specializzazione

Attività svolta

presso

Sezione C

Recapito

Via/Piazza ecc. * n. *

CAP *Città * Prov./Stato *

Sezione D

telefono (con prefisso) oppure

fax oppure

e-mailoppure

Tutela della privacy (D. Legisl. 196/2003)

L'indirizzo e-mail sarà utilizzato solo per inviarLe notizie sull'attività della Società che possono essere di Suo interesse (corsi, convegni, iniziative). I dati saranno utilizzati solo per fini di segreteria SOC.I.TRA.S. e, limitatamente a quelli delle sezioni A e C, potranno essere forniti anche a terzi onde consentire l'invio di inviti di partecipazione a congressi e manifestazioni.

I dati non saranno ceduti a terzi per iniziative commerciali ed in ogni momento Lei potrà, per quelli non indicati da asterisco, richiederne la cancellazione inviando un'e-mail all'indirizzo socitras@socitras.org o via fax al n. 06 4462553 o all'indirizzo della SOC.I.TRA.S.

Responsabile del trattamento dati è la SOC.I.TRA.S., segreteria op.va dott. R. SAPIA, Via Magenta, 5 – 00185 ROMA.

Data

Firma

| |
|--|
| Pagamento della quota (40 euro per l'anno 2011) a mezzo versamento su ccp n. n. 11814001 intestato a SOC.I.TRA.S., c/o Istituto Clinica Ortop. Univ. Roma "La Sapienza", P.le A. Moro, 5, 00185 ROMA, oppure con bonifico bancario sul conto corrente n. 11575-31, Unicredit Banca di Roma Agenzia n. 153, Roma - IBAN IT32P0200805227000400423627, intestato a Società Italiana di Traumatologia della Strada - SOC.I.TRA.S.. |
|--|