

***SCHEDA ISCRIZIONE***

Il/La sottoscritto/a      Dr       Prof

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATA/O A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

**\*N.B. Si prega di segnalare l'indirizzo e-mail per facilitare le successive comunicazioni**

**Chiede**

Rinnovo iscrizione       Nuova iscrizione

Quota di iscrizione annuale:      **€ 40,00**

Modalità di pagamento:

bonifico bancario sul conto corrente intestato a SIGITE - IBAN IT41M0103016919000001093196 - Monte Paschi Siena

firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative della SIGITE