



SCHEDA DI ISCRIZIONE SOCIO

2021

NOME

COGNOME

chiede

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

SOCIO ORDINARIO SEZIONE ODONTOIATRICA SOCIO ORDINARIO SEZIONE ODONTOTECNICA

SOCIO AFFILIATO SEZIONE ODONTOIATRICA* SOCIO AFFILIATO SEZIONE ODONTOTECNICA*

*SOCI AFFILIATI: Studenti iscritti al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria (esclusi gli Studenti iscritti all'ultimo anno del Corso di Laurea in Odontoiatria che possono partecipare gratuitamente al Congresso Internazionale), Specializzandi iscritti a Scuole di Specializzazione di area Odontoiatrica o a Master Universitari in protesi o implantoprotesi, Studenti iscritti a Scuole, legalmente riconosciute, di Odontotecnica, Dipendenti di laboratorio Odontotecnici (anche se non diplomati), Igienisti dentali in possesso del titolo accademico legalmente riconosciuto in Italia (allegare certificazione)

DATI ANAGRAFICI

CODICE FISCALE

TELEFONO

FAX

CELLULARE

E-MAIL

DATI PER LA FATTURA

RAGIONE SOCIALE

INDIRIZZO FISCALE

CAP

CITTÀ

PV

PARTITA IVA (obbligatoria se esistente)

CODICE FISCALE della ragione sociale (obbligatoria)

QUOTE ASSOCIATIVE (IVA inclusa)

<input type="checkbox"/>	SOCIO ORDINARIO CLINICO O ODONTOTECNICO entro il 31/03/2019	€ 390,00
<input type="checkbox"/>	SOCIO ORDINARIO CLINICO O ODONTOTECNICO dopo il 31/03/2019	€ 450,00
<input type="checkbox"/>	SOCIO ORDINARIO GIOVANE entro il 31/03/2019 (fino a 31 anni di età non compiuti)	€ 200,00
<input type="checkbox"/>	SOCIO ORDINARIO GIOVANE dopo il 31/03/2019 (fino a 31 anni di età non compiuti)	€ 300,00
<input type="checkbox"/>	SOCIO AFFILIATO	€ 150,00
<input type="checkbox"/>	SOCIO AISO o Laureato nel 2017/2018/2019	€ 100,00
<input type="checkbox"/>	QUOTA "TEAM"* Clinico + Odontotecnico entro il 31/03/2019	€ 600,00

* "Team" si intende la coppia Odontoiatra/Odontotecnico. Il Socio AIOP Odontoiatra può iscrivere l'Odontotecnico, e viceversa. Riservato a chi non è stato Socio AIOP negli ultimi 3 anni.

L'iscrizione ad AIOP dà diritto a partecipare gratuitamente ai seguenti eventi:

- XI Meeting Mediterraneo (Riccione, 5-6 Aprile 2019)
- XXXVIII Congresso Internazionale AIOP (Bologna, 22-23 Novembre 2019)
- Corso di Aggiornamento Precongressuale (Bologna, 21 Novembre 2019):

ISCRIZIONE INCLUSA NELLA QUOTA ASSOCIATIVA 2019 PER I SOCI ISCRITTI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2018

Desidero sottoscrivere l'abbonamento a:

- | | | |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | JPD (The Journal of Prosthetic Dentistry): | |
| <input type="checkbox"/> | JPD Versione in formato cartacei e online | € 205,00 |
| <input type="checkbox"/> | JPD Versione SOLO online | € 85,00 |
| <input type="checkbox"/> | IJP in inglese | € 110,00 |
| <input type="checkbox"/> | Quintessenza Odontotecnica | € 95,00 |

Le quotazioni sono IVA inclusa

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Pagamento con carta di credito Mastercard Visa

Numero _____

Intestata a _____

valida fino al _____

Codice di sicurezza _____

Autorizzo 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 BANCA CARISBO - CASSA DI RISPARMIO DI BOLOGNA, IBAN: IT 44A 063 8502 4011 0000 0015 250 - Causale: Nome + Cognome + AIOP 2019

GARANZIA DI RISERVATEZZA

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Do il consenso alla pubblicazione dei miei dati sul sito web www.aiop.com | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • 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. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> 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 PLATINUM, GOLD e SILVER SPONSOR AIOP per l'invio di materiale pubblicitario inerente altre manifestazioni. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Prendo atto che le fatture archiviate nella propria scheda personale andranno stampate e conservate per tutti i necessari adempimenti di Legge, come disposto dal DPR 633/72 e successive integrazioni e modif. e dalla Circolare 45/E del 19/10/2005. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Data _____

Firma _____