**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**“Dental Hygienist: well being, well working”**

**Milano, 9 giugno *2018***

da restituire debitamente compilata assieme alla copia del bonifico a:aidilombardia@gmail.com

**Verificare la disponibilità dei posti alla mail aidilombardia@gmail.com.**

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

INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_\_\_\_CELL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. (obbligatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P. IVA (obbligatoria se esistente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUOTA D’ ISCRIZIONE AL CORSO (iva inclusa):**

*Socio AIDI (igienista dentale, odontoiatra) € 100,00*

*Non Socio AIDI (igienista, odontoiatra)*  *€ 150,00*

*Socio AIDI studente € 65,00*

*Non socio AIDI studente € 70,00*

**Modalità di iscrizione**

Il versamento va effettuato tramite bonifico bancario intestato a: Associazione Igienisti Dentali Italiani-Banca Sella Agenzia 4B BARI IBAN: IT 10 B 03268 04000 053847864740, indicando la causale del versamento ed inserendo il nome ed il cognome del partecipante.

Preso atto dell’informativa (T.U. 196/2003) autorizzo il trattamento dei dati personali SI ❑ NO ❑

**(luogo e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_**\_** In fede **(firma)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_