



Nome e Cognome .....  
nato a ..... il .....  
C.F. ....  
residente in via/piazza .....  
città ..... provincia ..... CAP .....  
telefono .....  
e-mail .....  
titolo di studio .....  
Ordine dei Medici di ..... numero .....

chiede

di essere ammesso come socio della *Digital Implant & Restorative Academy (DI&RA)* in qualità di:

- SOCIO STUDENTE**  
quota associativa annuale **GRATUITA**  
*Studenti in Odontotecnica, Odontoiatria o Igiene Dentale*
  
- SOCIO ORDINARIO - NEOLAUREATI**  
quota associativa annuale **€ 50,00**  
*Laurea in Odontoiatria o in Igiene dentale e Odontotecnici diplomati*
  
- SOCIO ORDINARIO**  
quota associativa annuale **€ 100,00**  
*La quota comprende l'iscrizione al congresso*

BANCA UNICREDIT: IBAN IT88H0200801604000104233758

Tutela della Privacy

Il sottoscritto è informato ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti nella presente scheda saranno utilizzati dall'associazione per finalità istituzionali. La firma posta in calce costituisce consenso a tale uso ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003.

Luogo e data .....

Firma .....