



ANCE
Cardiologia italiana del Territorio
Via Dora, 2 - 00198 Roma
Tel. 06.94354924 - Fax 06.94354928
E- mail: segreteria.direzione@ancecardio.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE

In data	<input type="text"/>	
Io Sottoscritto	Cognome: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
Data di Nascita	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Città <input type="text"/> Prov. <input type="text"/>
Cod. Fiscale	<input type="text"/>	

Sottopongo richiesta di iscrizione all'ANCE;
Invio, di seguito, i miei dati, impegnandomi a comunicare ogni eventuale variazione

Firma: _____

Visto del Segretario Prov.le / Reg.le: _____

Parere del Consiglio Nazionale: _____

Modalità pagamento (iscrizione annuale € 50,00)

(inserire una x nella casella corrispondente)

- Contanti
- Versamento su c/c postale n. 1026123537 intestato ad ANCE Cardiologia Italiana del Territorio – V. Dora, 2 – 00198 Roma
- Bonifico bancario su c/c postale Intestato ad ANCE Cardiologia Italiana del Territorio – V. Dora, 2 – 00198 Roma - IBAN: IT 95 V 07601 03200 001026123537
- Bonifico bancario su c/c: Banca Monte dei Paschi di Siena – Ag.119 - V. Salaria 229-231 – 00199 Roma Intestato ad ANCE – Via Dora, 2 – 00198 Roma - IBAN: IT 60 X 01030 03297 000001443006
- R.I.D
- Assegno bancario o Assegno postale
- Vaglia Postale

Autorizzazione a Istituto Professionale addebito iscrizione su compenso professionale

Il Sottoscritto autorizza la A.S.L. N° Struttura

a trattenere, con decorrenza dal _____ sui compensi di sua spettanza, la quota sociale annuale a favore di ANCE Cardiologia del territorio, nella misura e con le modalità stabilite dagli organi della Società (€ 50,00) da accreditare a: Tesoreria ANCE Cardiologia del territorio presso Banca Monte dei Paschi di Siena – Ag.119 - V. Salaria 229-231 – 00199 Roma Intestato ad ANCE – Via Dora, 2 – 00198 Roma - IBAN: IT 60 X 01030 03297 000001443006.
La presente delega ha valore a tempo indeterminato, fermo restando, da parte del sottoscritto, la facoltà di revocarla in qualsiasi momento.

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

L'attestazione di pagamento deve essere spedita alla Sede nazionale ANCE Via Dora 2 – 00198 ROMA

DICHIARAZIONE AI FINI DELLA TUTELA DELLA PRIVACY (I.673)

Il Sottoscritto autorizza l'ANCE Cardiologia italiana del Territorio ad utilizzare i dati suddetti ai soli fini societari

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

DATI ANAGRAFICI

Via

C.A.P. Città Prov.

Cell.: Tel.:

E-mail @: Fax:

DATI PROFESSIONALI

N° Iscrizione Ordine dei Medici

Laurea:

Città: Data:
(gg/mm/aa)

Specializzazione Malattie Cardiovascolari

Città: Data:
(gg/mm/aa)

Altra Specializzazione: _____

Città: Data:
(gg/mm/aa)

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

SI

NO

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Accreditato / Convenzionato

Ambulatoriale Ospedaliero

Universitario

Casa di Cura

Libero professionista

Altro

Specificare: _____

Altre attività

Medicina Generale

Pediatria

Medicina dello Sport

Altro

Specificare: _____

ISCRIZIONE AD ALTRE ASSOCIAZIONI

S.I.C.

A.N.M.C.O.

S.I.E.C.

Altra

Specificare: _____

ADESIONE AI GRUPPI DI STUDIO ANCE

(Esprimere la propria preferenza scegliendo i 2 **Gruppi di Studio** che più si avvicinano ai Tuoi interessi)

- ARITMIE
- CARDIOGERIATRIA
- CARDIOLOGIA DELLO SPORT
- CARDIOLOGIA FORENSE
- CARDIOPATIA ISCHEMICA
- ECOCARDIOGRAFIA
- EMERGENZE CARDIOLOGICHE
- GIOVANI CARDIOLOGI
- IPERTENSIONE
- MEDICINA GENERALE
- PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE NELLA DONNA
- PREVENZIONE
- RIABILITAZIONE
- SCOMPENSO
- VASCULOPATIE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

*Ai sensi della legge n.675 del 31/12/1996 sulla tutela dei dati personali
e nel rispetto della Legge d.LGS 196/03 e successive modifiche ed integrazioni*

In relazione e ai sensi della legge n.675/96, prendo atto che essa richiede, oltre che il trattamento dei miei dati personali da parte dell' ANCE Cardiologia Italiana del Territorio, la loro comunicazione alle seguenti categorie di soggetti per il relativo trattamento:

- società di servizi per l'acquisizione, la registrazione, l'archiviazione ed il trattamento di dati contenuti in documenti o supporti forniti o originati dagli stessi Soci;
- società che svolgono attività di elaborazione, stampa, imbustamento ed invio di periodici e delle altre comunicazioni ai Soci, nonché archiviazione di tali comunicazioni;

(inserire una x nella casella corrispondente)

Pertanto, per quanto riguarda il trattamento, da parte dell'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio o dei predetti soggetti, dei miei dati ai fini dell'attività culturali e/o congressuali dell'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio.

Do il consenso

Nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili, acquisiti dall'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio (iscrizione a movimenti sindacali, partiti politici, dati inerenti la salute, attività professionale, etc.), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per la specifica finalità perseguita dallo statuto dell'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio.

Do il consenso

Nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento dei miei dati a fini di informazione e promozione di prodotti o servizi dell'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio o di terzi, mediante annunci inseriti nelle comunicazioni periodiche ai soci:

Do il consenso

Nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento da parte dell'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio o di altri soggetti, dei miei dati a fini di ricerche di mercato o di rilevazione del grado di soddisfazione dei soci sulla qualità dei servizi resi e sull'attività svolta dall'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio:

Do il consenso

Nego il consenso

Per quanto riguarda la comunicazione, da parte dell'ANCE Cardiologia Italiana del Territorio, dei miei dati a società terze ai fini di ottenere offerte dirette di loro prodotti o servizi

Do il consenso

Nego il consenso

Data ____/____/_____

Firma _____

INVIARE A:

*Segreteria di Direzione ANCE Cardiologia Italiana del Territorio
segreteria.direzione@ancecardio.it
Via Dora, 2 – 00198 Roma – Tel. + 39 06.94354924 – Fax + 39 06.94354928*