



Associazione Italiana di Medicina Funzionale

MODULO DI RICHIESTA ASSOCIAZIONE AIMF HEALTH

Nome e Cognome _____

C.F. _____ P.IVA _____ Cod.SDI _____

Professione _____

Via _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Tel./Cell. _____

E-mail _____ PEC _____

DICHIARO DI ACCETTARE SENZA RISERVE LO STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE: € 30,00

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico bancario a favore di ASSOCIAZIONE ITALIANA DI MEDICINA FUNZIONALE HEALTH Qonto (Olinda SAS, filiale Italiana), via Torino 2, Milano, Italia

IBAN IT40 N360 9201 6005 6962 6826 640

Allego assegno n. _____

L'iscrizione sarà presa in carico solo ad avvenuto pagamento. Il pagamento dovrà essere dimostrato inviando, via fax o via mail, l'ordine di bonifico. L'iscrizione ha validità di un anno a partire dalla data di ammissione.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Diritti Dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15-21 del Regolamento generale sulla protezione dei dati e dell'art. 7 del Codice della Privacy e s.m.i., potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti di accesso, rettifica o cancellazione (c.d. "diritto all'oblio"), di limitazione del trattamento, nonché alla portabilità dei Suoi dati inviando un'apposita richiesta all'indirizzo del RPD: info@aimfhealth.it

Consenso al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 7 del Regolamento generale sulla protezione dei dati e s.m.i., il consenso per finalità di marketing, può essere liberamente revocato in qualsiasi momento inviando una mail all'indirizzo del RPD indicato al paragrafo "Diritti dell'Interessato" della presente informativa. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Data _____

Firma _____

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI MEDICINA FUNZIONALE HEALTH

Via Manzoni, 35
20855 Lesmo (MB)

info@aimfhealth.it - www.aimfhealth.it

C.F. 94061140151 – Partita IVA 10616330964