



Associazione
Scientifica
Italiana
per la Ricerca
e l'Educazione
nella Medicina del Sonno

FORM DI ISCRIZIONE

Associazione Scientifica Italiana per la Ricerca e L'Educazione nella Medicina del Sonno (ASSIREM)

Nome _____	Cognome _____	
Tel. _____	Fax _____	Cell. _____
e-mail :		

Nato a _____	() il _____
Residenza _____	Via/P.zza _____
CAP _____	Città _____
CF: _____	
Sede di lavoro _____	Città _____
Reparto / Servizio _____	Qualifica professionale _____
Specialista in _____	Anno di Laurea _____

Chiede di entrare a far parte in qualità di Socio Ordinario dell'Associazione Scientifica Italiana per la Ricerca e L'Educazione nella Medicina del Sonno (ASSIREM), impegnandosi a rispettarne lo Statuto

Firma Data

Vi informiamo che i dati personali a voi relativi e contenuti nel presente modulo, sono trattati nel pieno rispetto della legge 196/2003 sulla "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". La compilazione e l'invio telematico del presente modulo, esprime il consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati personali, limitatamente ai fini connessi alla gestione del servizio. [Privacy policy](#)

Inoltre, Le ricordiamo che in ogni momento, in qualità di Interessato, Lei potrà esercitare i diritti citati all'art. 7 del D. Lgs.196/2003 e cioè la completa cancellazione dei dati forniti dai nostri archivi, indirizzando una Sua semplice richiesta scritta a: antispam@assirem.it

Firma Data

Si ricorda che per l'anno in corso la quota associativa è di € 30,00, di € 50,00 per i soci sostenitori.

Sarà possibile regolarizzare la posizione mediante bonifico bancario al seguente IBAN:

**Credito Valtellinese
Ag. 2 di Roma
Iban: IT71N052160320200000001647**

Inviare il form di iscrizione e la ricevuta del bonifico all'indirizzo mail area_soci@assirem.it