



ASSOCIAZIONE ITALIANA
OTORINOLARINGOIATRI
LIBERO PROFESSIONISTI

Società Scientifica accreditata
presso il Ministero della Salute
ai sensi del DM 2 agosto 2017

A.I.O.L.P.

SCHEDA
ISCRIZIONE/RINNOVO
AIOLP

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Cell. WhatsApp: _____ Cell. di servizio: _____

1. e-mail: _____ @ _____

2. e-mail: _____ @ _____

Sito _____

Residenza Via: _____ N. _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Anno Laurea: _____ Specializzazione: ORL Audiologia (altro) _____

Indicare la Regione lavorativa di riferimento: _____

La quota associativa annuale AIOLP è di € 50,00; il versamento può essere fatto mediante:

- **Conto Corrente Postale** intestato ad AIOLP n. c/c 45289006 - Via di Val Favara, 119 - 00168 Roma
- **Bonifico Bancario** intestato a: Associazione Italiana Otorinolaringoiatri Libero Professionisti
IBAN: IT87 M076 0103 2000 0004 5289 006

indicando come causale: "Quota associativa per l'anno _____"

La quota di iscrizione AIOLP può comprendere anche l'iscrizione, senza altre spese, al Gruppo Specializzandi e Giovani (< 35 anni), in tal caso barrare la casella.

Il/la sottoscritto/a _____ (scrivere in stampatello)
autorizza A.I.O.L.P. al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679

Data _____

Firma _____

SEDE LEGALE: VIA DEL FAVARA, 119 - 00162 ROMA

SITO INTERNET: www.aiolp.it

SEGRETERIA: CELL. +39 371 4152509 - aiolp339@gmail.com