

A.I.M.E.
ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA ESTETICA
DOMANDA DI AMMISSIONE
(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Cognome		
Nome		
Domicilio		Cap
Via		
Tel: Abit.	Studio	Cell.
e-mail		
Codice Fiscale		
TITOLO DI STUDIO		
Conseguito il		
Specializzazione e titoli professionali		
Breve curriculum		
Autorizzo a inserire il mio nominativo nell'elenco dei medici iscritti all'A.I.M.E. presente nel sito www.medicinaestetica.net		
Elenco Generale	[si]	[no]
Sezione Odontoiatria Estetica	[si]	[no]
Sezione Oftalmologia Estetica	[si]	[no]
A.I.M.E. Piazza G. Marconi 11 – 01033 Civita Castellana (VT) – Info: Tel. 0761.518070 - Fax 0761.598399 (attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13 alle ore 18) www.medicinaestetica.net - info@nuovalalute.com IBAN: IT85E0538721701000042873044 BPER Banca Iscrizione Annuale euro 100,00 <u>INVIARE DOMANDA DI AMMISSIONE e COPIA BONIFICO BANCARIO ALL'INDIRIZZO MAIL:</u> info@nuovalalute.com Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente Domanda di Ammissione in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16		
FIRMA _____		
DATA	FIRMA	