ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VICENZA

SCHEDA RACCOLTA DATI

Il sottoscritto Dr. _____

Indirizzo: _____

Comune: _____ C.a.p. _____

Conferisce all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Vicenza i seguenti dati riservati che non saranno pubblicati o diffusi, ma che saranno utilizzati per comunicazioni tempestive:

Telefono n° _____

Cellulare attivo n° _____

Indirizzo E-Mail attivo: _____

Indirizzo P.E.C. (se in possesso): _____

Recapito dove desidera ricevere le tradizionali comunicazioni cartacee per posta ordinaria:

Indirizzo: _____

Comune: _____ **C.a.p.** _____

Manifestazione del consenso, ai sensi dell'art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003
Il Sottoscritto _____
A seguito presa visione delle informazioni di cui all'art. 13, acconsente al trattamento dei dati descritti, in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine.
Acconsente alla comunicazione dei dati ed al relativo trattamento degli adempimenti per le finalità sopra descritte.

Data _____ Firma _____

Da trasmettere all'Ordine in uno dei seguenti modi:

- Posta ordinaria: Contrà Paolo Lioy, 13 – 36100 Vicenza
- Fax: al n° 0444/546552
- E-mail: ordine@medicivicenza.org (il presente modulo è scaricabile, in formato "word", dal sito www.medicivicenza.org / modulistica / ordine)
- Consegna diretta presso la sede dell'Ordine