



Modulo Affiliazione Fellowship Istituto Stomatologico Toscano

Cognome _____ Nome _____

Titolo (Odontoiatra –Igienista) _____

Data e luogo di nascita _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Intestazione Fattura _____

Via _____ N° _____ Cap _____

Città _____ Provincia _____ Regione _____

C.F. _____ P.IVA _____

CODICE UNIVOCO (7 caratteri) _____

Nome del Master 2018/2019 a cui si è iscritti _____

Selezionare la propria posizione:

- Quota 1° anno Fellowship Odontoiatra Iscritto a un Master IST 2018/2019:**
€ 500+ iva = € 610,00
- Quota 1° anno Fellowship Odontoiatra Iscritto a un Master IST negli anni precedenti:**
€ 250+ iva = € 305,00 *
➤ Indicare di seguito il Master conseguito: _____ anno accademico _____
- Quota 1° anno Fellowship Igienista Iscritto a un Master IST 2018/2019:**
€ 230 + iva= € 280,60
- Quota 1° anno Fellowship Igienista Iscritto a un Master IST negli anni precedenti:**
€ 170 + iva= € 207,40 *
➤ Indicare di seguito il Master conseguito: _____ anno accademico _____

La Fellowship da diritto a: kit di benvenuto, accesso gratuito al Congresso Nazionale dell'Istituto Stomatologico Toscano, scontistica del 10% sulle iscrizioni ai corsi IST non universitari, lo sconto del 50% su tutti i corsi ECM FAD di Tueor Servizi.

**Per coloro che hanno già partecipato a un Master dell'Istituto Stomatologico Toscano negli anni precedenti è prevista una tariffa agevolata per l'iscrizione alla Fellowship.*

La quota di affiliazione successiva al primo anno è di €70 + IVA sia per Igienisti che per Odontoiatri.

Per informazioni:

Segreteria Didattica Istituto Stomatologico Toscano

Tel. 334 1058980

E-mail: formazione@istitutostomatologicotoscano.it

www.istitutostomatologicotoscano.it

Modalità di pagamento:

Bonifico bancario

Intestatario: Istituto Stomatologico Toscano Onlus

Cassa di Risparmio di Pistoia e della Lucchesia

IBAN IT70 0062 6024 6001 0000 0000 870

La presente scheda dovrà essere inviata, insieme alla contabile del pagamento della Fellowship, alla Segreteria Didattica dell'Istituto Stomatologico Toscano all'indirizzo: formazione@istitutostomatologicotoscano.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (art. 13 Reg. UE 679/2016)

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa

alla pagina <http://www.istitutostomatologicotoscano.it/informativa-privacy/> e di accettare le condizioni del trattamento dati.

Data _____

Firma _____