



DOMANDA DI ADESIONE COME SOCIO ORDINARIO ALL'ASSOCIAZIONE MEDICAL SECRETARY ASSOCIATION ITALIA

Alla c.a. Presidente dall'Associazione Medical Secretary Association

*I campi contrassegnati da * sono obbligatori*

DATI PERSONALI*

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Sesso: [M] [F] Data di nascita: ___/___/___

Luogo di nascita: _____ Prov. _____

Stato: _____ Cittadinanza: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

RESIDENZA*

Indirizzo: _____ n. _____

Città: _____ Prov. _____ CAP _____

DOMICILIO

(da compilare solo se differente dalla residenza)

Indirizzo: _____ n. _____

Città: _____ Prov. _____ CAP _____

TITOLO DI STUDIO

Laurea Magistrale Laurea Triennale Diploma

Corso professionale Altro

Note: _____



ESPERIENZA PROFESSIONALE

- Lavoro (o ho lavorato) in uno studio medico Anni di esperienza: _____
- Lavoro in altro settore Specificare: _____
- In attesa di occupazione
- Altro. Specificare: _____

RICHIESTA ASSOCIATIVA PER L'ANNO 2017*

Io Sottoscritto/a _____

- Avendo preso visione dello Statuto dell'Associazione, dei documenti Statutari e dei regolamenti pubblicati sul sito www.msai.it e condividendone i contenuti
- Impegnandomi ad agire nel rispetto di tutti documenti istituzionali che regolamentano l'appartenenza ad MSA Italia
- Essendo interessato/a ai temi promossi dall'Associazione
- Possedendo i requisiti per l'appartenenza ad MSA Italia illustrati all'interno dello Statuto

Chiedo di essere iscritto all'Associazione Medical Secretary Association Italia, in qualità di socio ordinario.

Come metodo di pagamento della quota associativa per l'anno sociale in corso, il cui importo è pari ad € 150,00 esente IVA, dichiaro di aver scelto di utilizzare:

- BONIFICO BANCARIO eseguito sul conto
Intestato a: MEDICAL SECRETARY ASSOCIATION ITALIA
Filiale: Banco Popolare Sede di Novara, Via Negroni 11
IBAN: IT76C0503410100000000033709
Causale: "Cognome Nome – Quota associativa 2017 MSA Italia"
Di cui allego copia del versamento (o indico il CRO Bancario di riferimento _____)

- MANDATO DI ADDEBITO DIRETTO SEPA CORE
Secondo le informazioni indicate nel mandato per addebito SEPA CORE (pag.4 della presente), allegato alla presente domanda di adesione

- PAGAMENTO CON PAY PAL
Intendo ricevere le indicazioni per il pagamento all'indirizzo mail
_____@_____

Resta inteso che tale quota mi verrà restituita nel caso in cui la mia domanda di associazione non dovesse essere accolta.

Luogo e Data

_____, ___/___/_____

Firma dell'interessato



NOTE INFORMATIVE

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso atto che:

- I servizi a favore dell'associato saranno attivati solo a valle del ricevimento da parte di MSA Italia del pagamento della quota associativa
- Salvo diversa espressione di volontà dell'associato entro il 1 dicembre dell'anno in corso, l'iscrizione a Medical Secretary Association Italia si intende tacitamente rinnovata per l'anno sociale seguente,
- La quota associativa ed i servizi erogati sono validi per l'anno sociale in corso
- La cessazione del vincolo associativo non comporta la restituzione della quota associativa, né di altre somme versate all'Associazione

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI*

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: adesione a Medical Secretary Association Italia, implementazione delle attività statutarie, accesso ed utilizzo dei servizi e prodotti offerti dall'associazione, comunicazione delle iniziative promosse e partecipazione agli eventi organizzati da MSA Italia.

2. Il trattamento sarà effettuato con modalità informatica, cartacea e manuale.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'attivazione e l'utilizzo dei servizi offerti dall'Associazione e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto e prosecuzione del rapporto.

4. I dati potranno essere comunicati ad enti partner di Medical Secretary Association Italia e pubblicati sul sito dell'Associazione per il raggiungimento degli scopi associativi e la corretta erogazione dei servizi e prodotti proposti da MSA Italia.

La informiamo che il conferimento di questi dati è obbligatorio per l'erogazione e l'utilizzo da parte del firmatario dei servizi offerti da Medical Secretary Association ed enti partner. L'eventuale rifiuto a fornirli potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto.

5. Il titolare e responsabile del trattamento è: Medical Secretary Association Italia, con sede in Via Pietro Micca n.24, 28100 Novara (NO)

6. Lei, in ogni momento, potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, scrivendo a Medical Secretary Association Italia, Via Pietro Micca n.24, 28100 Novara (NO) o all'indirizzo e-mail: info@msai.it.

Il/La Sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs 196/2003

DICHIARA

di aver preso visione e compreso le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, di fornire il suo consenso al trattamento dei propri dati per i fini indicati nella suddetta informativa, acconsentendo alla comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa (**obbligatorio**)

di prestare il suo consenso alla diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa, come l'inserimento del proprio nominativo nell'elenco dei soci MSA Italia e l'attivazione della copertura assicurativa, come previsto dallo Statuto e dai documenti che regolano l'attività dell'Associazione (**obbligatorio**)

di autorizzare Medical Secretary Association Italia a fornire i miei dati ad aziende partner per ricevere senza impegno offerte e privilegi esclusivi a me riservati

Luogo e Data

_____, ____/____/____

Firma dell'interessato
