

ASSOCIAZIONE MEDICI ODONTOIATRI MONZA BRIANZA

MODULO DI ADESIONE 2026

IL Sottoscritto dott. _____

Nato a: _____ il _____

residente in _____ via _____

studio in _____ via _____

iscritto all'albo Medici di _____ n° _____

iscritto all'albo Odontoiatri di _____ n° _____

codice fiscale: _____

numero di cellulare per invio sms per comunicazioni : _____

voglio partecipare alla chatt associativa

NON voglio partecipare alla chatt associativa

numero di telefono fisso: _____

indirizzo email : _____

indirizzo di posta elettronica certificata : _____

CHIEDO

di essere iscritto a questa associazione in qualità di (barrare la voce che interessa):

- SOCIO ORDINARIO (odontoiatra) euro 190
- SOCIO AGGREGATO (igienista dentale) euro 70
- SOCIO SOSTENITORE euro 250
- STUDENTE (secondo triennio corso di laurea in Odontoiatria) euro 0

MODALITA' DI ISCRIZIONE:

BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:

ASSOCIAZIONE MEDICI ODONTOIATRI MONZA BRIANZA

CODICE IBAN: [IT03Q0323901600100000437571](#)

CAUSALE: Cognome e Nome del socio QUOTA ISCRIZIONE 2026

Con la presente si autorizza l'associazione A.MO.MB al trattamento dei dati ai sensi del GDPR 2016/679

FIRMA

_____ DATA _____

Modulo da compilare in stampatello in modo leggibile e inviare a:

info@mediciodontoiatrimb.it

info@mediciodontoiatrimb.it