



**A.I.O.S.S.**  
Associazione  
Tecnico-Scientifica  
di Stomatologia e Riabilitazione  
Pavimento Pelvico  
**P.IVA 01303620544**  
[www.aioss.it](http://www.aioss.it) [info@aioss.it](mailto:info@aioss.it)

**Presidenza AIOSS –**  
**Sede Legale – Sede Fiscale**  
c/o Dr. **Mattia Zamprogno**  
Vicolo A. Manzoni, 15  
35012, Camposampiero – PD  
Cell. **3477474766**  
PEC: [mattia.zamprogno@pec.enpapi.it](mailto:mattia.zamprogno@pec.enpapi.it)  
email: [mattia91zamprogno@gmail.com](mailto:mattia91zamprogno@gmail.com)

**Segreteria**  
**c/o Enrica Bosoni**  
Via Savona, 94  
20144 Milano  
Cell. 338 6924383  
Fax: 02 49665148  
Email: [enricabosoni@tiscali.it](mailto:enricabosoni@tiscali.it)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Titolo:** La continuità assistenziale: quando l'infermiere incontra il territorio

**Data e Luogo:** 13 APRILE 2024 Hotel Lombardia, Viale Lombardia 73 - Milano

**Quota d'iscrizione:** 35 euro per i non soci, 25 euro per i soci AIOSS

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF o P.IVA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ SOCIO AIOSS SI  NO

MAIL \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

(FACOLTATIVI) DATI FISCALI PER FATTURAZIONE ALL'ENTE DI APPARTENENZA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Compilare la scheda in tutte le sue parti, firmarla ed inviarla tramite mail a [enricabosoni@tiscali.it](mailto:enricabosoni@tiscali.it) unitamente a copia del versamento della quota di iscrizione effettuata tramite bonifico bancario intestato ad

AIOSS

BANCA INTESA SANPAOLO, Filiale di MILANO - Largo B. Bellotti snc

Codice IBAN: IT68 T030 6909 6061 0000 0119 795

Il nuovo Regolamento Europeo in materia di Protezione dei dati personali (2016/679) in vigore dal 25 maggio 2018 prevede che venga espresso il consenso al trattamento dei dati personali (l'informativa estesa è consultabile su <https://www.aioss.it/privacy-policy.html>)

ACCETTO

NON ACCETTO

FIRMA

\_\_\_\_\_