



Comitato Direttivo:

<i>Presidente:</i>	<i>Francesco Nicosia</i>
<i>Vice-Presidente:</i>	<i>Alessandro Ripari</i>
<i>Consigliere Tesoriere</i>	<i>Joshua Volpara</i>
<i>Consigliere Segretario</i>	<i>Stefano Antonelli</i>
<i>Consigliere</i>	<i>Enrico Obinu</i>

*Sede legale: Via 7 luglio, n.14, Palazzo Galleria. 54033 Carrara
P. IVA e C.F. : 01372990455
Linkedin: <https://www.linkedin.com/company/sials/>*

Oggetto: Domanda di iscrizione per l'Anno 2019 alla Società Italiana per l'Approccio Lean in Sanità (S.I.A.L.S) in qualità di SOCIO ORDINARIO (Iscrizione a titolo personale o per conto dell'Azienda, i servizi associativi sono nominali)

Il/La sottoscritto/a

Residente in Via

Città

Nato/a il

Codice Fiscale

Cittadinanza

Email

Telefono

Titolo di studio

Azienda

Area professionale

**Ruolo
professionale**

consapevole delle finalità che l'Associazione promuove;

CHIEDE

di essere iscritto(a) all'associazione SOCIETA' ITALIANA PER L'APPROCCIO DEL LEAN SYSTEM IN SANITA' (S.I.A.L.S.) in qualità di **Socio Ordinario**

A tal fine allega ricevuta del versamento di € 20 quale quota associativa da effettuare sul c/c

IBAN: IT48K0306967684510736623937

specificando nella causale il nome dell'associato e la categoria (ad esempio: "Rossi Mario – Socio Ordinario").

Al ricevimento materiale del pagamento, S.I.A.L.S. invierà una ricevuta fiscale e formalizzerà l'iscrizione. Non verrà emessa fattura. Se si necessita di una formale richiesta di pagamento, riportante un numero d'ordine o facente funzione della fattura, si prega di segnalarlo alla Segreteria al momento dell'invio della scheda di iscrizione.

Gli iscritti, Soci Ordinari, fanno parte di una comunità alla quale sono date le informazioni relative a iniziative sul tema Lean Healthcare, attraverso aggiornamenti editoriali e convegni, corsi base e avanzati, e con studi di ricerca.

Oggetto: Acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03

Il sottoscritto _____
offre il suo consenso al trattamento dei dati personali per l'attività dell'Associazione.

Luogo _____

Data _____

FIRMA dell'interessato
(cioè del soggetto cui si riferiscono i dati richiesti)