



**MODULO ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE NO-PROFIT  
C.M.A. (CENTRO MEDICINA ANTIAGING)  
ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA ANTIAGING**

Modulo d'iscrizione all'Associazione No-Profit, in qualità di socio, per l'anno in corso. Tale tesseramento ha validità per tutto l'anno solare, con scadenza il giorno 31 Dicembre

Scrivere in stampatello e in modo leggibile

Il/La sottoscritto/a

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Sesso: M F

Nato a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP.: \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Documento Identità \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di entrare a far parte dell'Associazione C.M.A. (Centro Medicina Antiaging) per l'anno corrente in qualità di **SOCIO ORDINARIO**.

A tal fine dichiara:

1. di avere preso visione dello Statuto dell'Associazione presente sul sito [www.centromedicinantiaging.it](http://www.centromedicinantiaging.it)
2. di approvarlo e accettarlo incondizionatamente in ogni sua parte, come pure le delibere del Consiglio Direttivo e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione;
3. la quota associativa per l'anno corrente è di Euro 100,00 (cento/00);

Bonifico Bancario

Intestato a: CMA – Centro Medicina Antiaging

Banca: UNICREDIT Via della Scrofa, Roma

IBAN: IT65M0200805259000104514375

Codice Fiscale – P.IVA: 13904971002

Causale: iscrizione socio 2018

Quota di iscrizione: 100,00 Euro

4. di esonerare l'Associazione C.M.A. a ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto/a dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa;

5. di essere maggiorenne, ovvero, in caso di domanda presentata da minore di età, che chi sottoscrive il modello esercita la patria potestà sul minore medesimo;

6. che i dati sotto esposti sono veritieri

7. Firma

Luogo e data

Le nostre comunicazioni saranno inviate tramite e-mail.  
Per coloro che non abbiano indirizzo di posta elettronica tramite sms.



**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

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

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: prenotazione visite ed esami, invio delle informazioni richieste.

Il trattamento riguarderà anche dati personali "sensibili" nei limiti indicati dall'Autorizzazione generale del Garante n. 2/2014, secondo le suddette finalità.

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatizzato. I dati personali saranno trattati con strumenti automatizzati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza saranno osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per consentire la prenotazione di visite ed esami, l'invio delle informazioni richieste, la fruizione del servizio di refertazione online e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata prosecuzione del rapporto.

4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

5. Il titolare del trattamento è: CMA – Associazione italiana Medicina Antiaging, sede operativa: Clinica Sanatrix Via di Trasone, 61, 00199 Roma - sede amministrativa: Piazza di Villa Carpegna, 43 00165 Roma

6. Il responsabile del trattamento è la dott.ssa Luisa Cerutti.

7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, rivolgendosi ai seguenti indirizzi e-mail o ai seguenti numeri telefonici: 3454603800 – info@centromedicinantiaging.it

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
NATO/A A	<input type="text"/>	IL	<input type="text"/>
RESIDENTE A	<input type="text"/>		
VIA	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
TEL	<input type="text"/>	CELL	<input type="text"/>
EMAIL CODICE FISCALE			
<input type="text"/>			

Autorizzo il Trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 D. LS n.196/2003

Roma, / /

Firma .....

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di prestare il proprio specifico consenso scritto al trattamento dei dati per le ulteriori finalità di marketing e profilazione ed in particolare per:

1) lo svolgimento di attività di marketing diretto, quali l'invio - anche tramite e-mail e sms - di materiale pubblicitario e di comunicazioni aventi contenuto informativo e/o promozionale in relazione a prodotti o servizi forniti e/o promossi dal Titolare del trattamento dati o da suoi partner commerciali, ivi compresi omaggi e campioni gratuiti.

Do il consenso       Nego il consenso

2) lo svolgimento di attività di profilazione individuale o aggregata e di ricerche di mercato volte, ad esempio, all'analisi delle abitudini e delle scelte di consumo, all'elaborazione di statistiche sulle stesse o alla valutazione del grado di soddisfacimento dei prodotti e dei servizi proposti.

Do il consenso       Nego il consenso

Roma,    /    /

Firma .....