



DICHIARAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

Esercente l'attività di Medico Dentista e/o Odontoiatra in:

- Intestazione studio _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Città _____ Prov. _____

- Intestazione studio _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Città _____ Prov. _____

- Intestazione studio _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Città _____ Prov. _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità , ai fini legali e deontologici, di non svolgere l'attività di PRESTANOME.

La presente dichiarazione ai fini della iscrizione all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) - Sezione di Bergamo.

Autorizzo la Segreteria ANDI al trattamento dei miei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Data _____

Firma _____