

## NUOVE ISCRIZIONI e RINNOVI

### Quota ridotta euro 125

Per chi è iscritto da **meno di 2 anni** all'Ordine dei Medici  
Che **non** abbia compiuto il 30° anno di età  
Per i dottori che hanno superato il 70esimo anno di età

### Quota intera euro 250

Per il medico che abbia compiuto il 30° anno di età  
Per l'iscrizione da **più di 2 anni** all'ALBO degli ODONTOIATRI

### Quota al 50% ( sia per la quota intera che per la quota ridotta )

Per le domande di iscrizione pervenute dal 1° settembre dell'anno in corso

## MODALITA' PAGAMENTO

- **Bonifico bancario**

ANDI Sezione Provinciale di Roma  
Banco Desio Lazio – Ag. 313 di Roma  
Codice IBAN  
**IT15 P0323 10320 30000 00310300**

- **Contanti**
- **Assegno**
- **Pos**

Nella causale specificare **COGNOME, NOME** e **ISCRIZIONE** o **RINNOVO**

Inviare tramite fax al n ° 06.44251061 :

- 1) Modello di domanda firmato
  - 2) Fotocopia certificato iscrizione ALBO ODONTOIATRI o del tesserino
  - 3) Distinta pagamento
-