

SCHEDA DI ISCRIZIONE ANNO 2022



DA INVIARE A:
info@bleassociates.it

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

SOCIETA' ITALIANA DI FLEBOLOGIA

NOME COGNOME N° TESSERA SOCIO.....

NATO A..... IL __ / __ / ____ COD. FISC.

E-MAIL CELL.....

INDIRIZZO PRIVATO: VIA.....

CAPCITTÀ PROV.....

PROFESSIONE.....

SEDE DI ATTIVITÀ DIVISIONE.....

INDIRIZZO: VIA.....

CAPCITTÀ PROV.....

EMAIL.....TEL.....

<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> BORSISTA
<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA CHE LAVORA IN CASA DI CURA PRIVATE	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE PUBBLICO
<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA CHE LAVORA IN CASE DI CURA O STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN	<input type="checkbox"/> PENSIONATO
	<input type="checkbox"/> ALTRO

SEGNALARE LA QUOTA D'ISCRIZIONE RIFERITA ALLA PROFESSIONE SVOLTA

€ 60,00 - MEDICO
 € 25,00 - MEDICO UNDER 40
 € 25,00 - PROFESSIONI SANITARIE

ABBONAMENTO ALLA RIVISTA UFFICIALE SIF "ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA"

€ 50,00 (invece di € 90,00)
 € 40,00* (invece di € 90,00)

***L'ABBONAMENTO ALLA RIVISTA SOTTOSCRITTO CONTESTUALMENTE ALLA ISCRIZIONE/RINNOVO ALLA SIF È DI € 40,00**

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Allego ricevuta bonifico bancario di € _____ presso **Banca CREDEM, IBAN IT87E0303203410010000463679** intestato a **Società Italiana Flebologia**

causale: "Iscrizione S.I.F. 2022 a nome di (specificare nome e cognome)"

N.B.: Per chi sottoscrive anche l'abbonamento alla rivista aggiungere alla causale "+ rivista"

N.B.: La presente scheda deve essere inviata **CONTESTUALMENTE ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO.**
Per l'ABBONAMENTO ALLA RIVISTA compilare **TUTTI I CAMPI** della scheda d'iscrizione.

PRESENTATO DA 2 SOCI IN REGOLA O DA 1 TRA: COORDINATORE REGIONALE/DI MACROAREA/COMPONENTE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO:

_____	_____
(Cognome e nome in stampatello)	(Firma)
_____	_____
(Cognome e nome in stampatello)	(Firma)

RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Decreto legislativo 30/06/03, n. 196 e successivo Regolamento UE nr. 679/2016)

AUTORIZZO NON AUTORIZZO LA SIF A CONSERVARE ED UTILIZZARE LE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL PRESENTE MODULO PER GLI SCOPI PREVISTI DALLO STATUTO

FIRMA _____ DATA _____