

SCHEDA DI ISCRIZIONE ANNO 2023



SOCIETA' ITALIANA DI FLEBOLOGIA

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

DA INVIARE A:
info@bleassociates.it

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.....

LIBERO PROFESSIONISTA

LIBERO PROFESSIONISTA CHE LAVORA IN CASA DI CURA PRIVATE

LIBERO PROFESSIONISTA CHE LAVORA IN CASE DI CURA O STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL SSN

BORSISTA

DIPENDENTE PUBBLICO

PENSIONATO

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. 2023 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 _____