

SCHEDA DI ISCRIZIONE ANNO 2024



SOCIETÀ ITALIANA DI FLEBOLOGIA

DA INVIARE A:
info@bleassociates.it

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

NOME COGNOME N° TESSERA SOCIO.....

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

E-MAIL CELL.....

INDIRIZZO PRIVATO: VIA.....

CAP CITTÀ PROV.....

PROFESSIONE.....

SEDE DI ATTIVITÀ DIVISIONE.....

INDIRIZZO: VIA.....

CAP CITTÀ 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

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

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

causale: "Iscrizione S.I.F. 2024 a nome di (specificare nome e cognome)"

N.B.: La presente scheda deve essere inviata **CONTESTUALMENTE ALLA RICEVUTA DI PAGAMENTO.**

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 _____