

# SCHEDA DI ISCRIZIONE ANNO 2025



SOCIETÀ ITALIANA DI FLEBOLOGIA

DA INVIARE A:  
iscrizionisif@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. 2025 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 \_\_\_\_\_