



(inviare via fax al n. 02.86882827 o via [e-mail](mailto:segreteria@medicinaepersona.org) con copia del pagamento)

dati personali:

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Data e Luogo di nascita	<input type="text"/>		
Titolo di studio	<input type="text"/>	Professione	<input type="text"/>
		Specialità	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>
		Prov.	<input type="text"/>
Tel	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		cell.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>		
Codice fiscale	<input type="text"/>	Partita IVA	<input type="text"/>

luogo di lavoro:

Ospedale/Azienda	<input type="text"/>		
Struttura / U.O.	<input type="text"/>		
Ruolo	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	Città	<input type="text"/>
		Prov.	<input type="text"/>
Tel	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>

Indicare campi di interesse o responsabilità rispetto ai quali si desidera ricevere comunicazioni da parte dell'Associazione

<input type="text"/>

Quote di iscrizione/rinnovo annuale all'Associazione – 2019	
a) Socio Specializzando / Laurea triennale	<input type="checkbox"/> € 50.00
b) Socio Laurea specialistica	<input type="checkbox"/> € 100.00
c) Socio Sostenitore	<input type="checkbox"/> € 200.00
d) Socio Benemerito	<input type="checkbox"/> € 300.00

(indicare la quota prescelta)

Modalità di pagamento della quota di iscrizione e/o rinnovo:

- Versamento su c/c n. 6621 Banca Popolare di Bergamo, Fil. Monza Piazza Duomo, ABI 5428 - CAB 20406 - intestato a Associazione Medicina e Persona, Milano – IBAN IT79Y031112040600000006621
- Bancomat / Carta di credito
- Contanti

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lvo 196/03

Data:

Firma