RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALLA SOCIETA' CAMPANO CALABRO APULO LUCANA DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

(Compilare in stampatello ed inviare a sccl2016@libero.it)

Prot. 02/2016/SCCAL

Il sottoscritto Dr/ssa Prof Ost

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il_____

C.F. _____

Indirizzo (via/p.za)_____ n._____

CAP _____ Città_____ Prov. _____

Telef._____ Fax _____ Mobile_____

E-mail _____

Qualifica _____

Ospedale_____ Città_____

Denominazione Azienda di appartenenza _____

Indirizzo dell'Azienda (via/p.za e n. civico) _____

CAP _____ Città_____ Prov. _____

chiede di essere iscritto alla SCCAL (SOCIETA' CAMPANO CALABRO APULO LUCANA DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA) per la quota triennale di €. 60,00.

firma _____ data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative della SOCIETA' CAMPANO CALABRO APULO LUCANA.

firma _____ data _____