

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Regione _____

Afferenza (universitario/ libero professionista/ ospedaliero) _____

Se universitario, specificare università di appartenenza _____

Cell. _____ Tel _____

Email _____

Codice fiscale _____

Si prega di contattare la Segreteria qualora la ricevuta non dovesse essere intestata al Socio.

QUOTA SOCIALE

Socio ordinario € 80,00 (per 1 anno) € 150,00 (per 3 anni)

Specializzando € 100,00 (per 3 anni)

Studiante CLOPD € 20,00 (per 1 anno)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario

Beneficiario SIOCMF – Credito Valtellinese, Ag. 8 Roma - iban: IT41S052160320800000003508

Causale: Nome e cognome + quota anno _____

Assegno non trasferibile intestato a SIOCMF

Da inviare in busta chiusa alla Segreteria SIOCMF c/o Via E. Monaci, 21 – 00161 Roma (c.a. Giada Gonnelli)

Informativa a tutela della privacy

Io sottoscritto/a _____ informato/a di quanto previsto dal Regolamento UE 27/04/2016 n. 679, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano da parte della SIOCMF.

Data _____ Firma _____