

Richiesta di Iscrizione



Spett.le
SISA - Società Italiana
per lo Studio dell'Arteriosclerosi

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome*:

Nome*:

Luogo e data di nascita*:

Codice fiscale*:

Domicilio*:

Via:

Comune:

Provincia:

CAP:

Sede lavorativa*:

Ruolo*:

Specializzazione in:

Indirizzo lavorativo: Via:

Comune:

Provincia:

CAP:

Telefono*:

Fax:

Email*:

* dato obbligatorio

chiede di essere iscritto/a alla Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi in qualità di:

Socio Ordinario

Socio Junior

A tal proposito allega alla presente il proprio curriculum formativo e professionale

Data:

Firma:

La firma apposta in calce autorizza il trattamento dei dati personali in conformità
all'art. 11 del D.L. 675/1996 e all'art. 11 del D.L. 196/2003.

Spedire a: Segreteria SISA - Via Maresciallo Pilsudski , 118 – 00197 – Roma – Fax 06-84543700 – email info@sisa.it
La conferma dell'accettazione verrà inviata tramite e-mail all'indirizzo sopra riportato