

SIGiTE

Società Italiana della Ginecologia delle Terza Età

SCHEDA ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a Dr Prof

COGNOME _____ NOME _____

NATA/O A _____ IL _____ C.F. _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV: _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail* _____

***N.B. Si prega di segnalare l'indirizzo e-mail per facilitare le successive comunicazioni**

Chiede

Rinnovo iscrizione

Nuova iscrizione

Quota di iscrizione annuale: **€ 40,00**

Modalità di pagamento:

bonifico bancario sul conto corrente intestato a SIGiTE - IBAN IT41M0103016919000001093196 - Monte Paschi Siena

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 SIGiTE