



Società Italiana per l'Educazione Continua in Medicina

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto
nato a il..... C.F.
residente a , CAP
Tel. fax e-mail
professione specializz.
n. iscriz. Ordine attiv. prof.

CHIEDE

di essere ammesso all'associazione S.I.E.C.M. in qualità di socio

DICHIARA

- di aver preso visione dello statuto dell'associazione e di accettarlo integralmente;
- di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 sulla tutela dei dati personali e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali ai fini e con le modalità previsti nell'informativa medesima.

In fede,

Firma

....., li.....

Socio presentatore

S O C I E T A ' S C I E N T I F I C A S E N Z A F I N I D I L U C R O

sede legale: via Canelles 15, 09100 Cagliari , Tel. (+39) 070400240 , fax: (+39) 0704526207 , e-mail: siecm@learnitalia.it
sede operativa: Polaris - Parco Scientifico e Tecnologico della Sardegna, località Piscinamanna, 09010 Pula (CA)
Tel. (+39) 07092432288 , fax: (+39) 07092432203 , web: <http://www.siecm.it> , <http://www.learnitalia.it> , C.F./P.I. 02854870926