

SOCIETA' ITALIANA DI ECOGRAFIA IN MEDICINA E CHIRURGIA - SIEMC

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott

Nome

Cognome

Telefono

e-mail

Ente/Azienda Ospedaliera

Specialista in

Frequentante il Corso di formazione specialistica in

Indirizzo di abitazione

N.

Città

Cap

Provincia

### Chiede

di essere iscritto/a alla Società Italiana di Ecografia in Medicina e Chirurgia per l'anno \_\_\_\_\_

- come socio Junior (iscrizione gratuita primo anno per gli specializzandi e Medici Chirurghi, Infermieri o TSRM under 35)**
- come socio Ordinario (costo iscrizione € 50,00 per tutti gli altri casi)**

Dichiara di essere in possesso dei requisiti minimi necessari all'iscrizione come socio : laurea in medicina e chirurgia, scienze infermieristiche o tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia

Autorizza il trattamento dei propri dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs 196/2003

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

in fede

Dati Pagamento (se dovuto)

IBAN IT 42 X 05424 04002 000001003749

Causale: Quota Associazione Siemc anno \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nota: allegare documento di identità

Inviare pagamento e/o adesione:

via mail a [info@siemc.it](mailto:info@siemc.it)

via fax a 0883/954388