



ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ECOGRAFIA IN MEDICINA E CHIRURGIA - @SIEMC

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott.

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

Cellulare _____

Email _____

Ente/azienda ospedaliera _____

Specialista in: _____

Frequentante il corso di formazione specialistica in: _____

Indirizzo di abitazione _____

N. _____

Città _____

C.a.p. _____

Provincia _____

Chiede

di essere iscritto/a GRATUITAMENTE all' Associazione Italiana di Ecografia in Medicina e Chirurgia per l'anno _____
in qualità di:

- Laureato/a in Medicina e Chirurgia
- Laureando/a in Medicina al 6° anno di corso ed in regola con gli esami
- Laureato/a in Scienze Infermieristiche

Dichiara

di essere in possesso dei requisiti minimi necessari all'iscrizione come socio.

in fede

_____ lì _____

Inviare adesione e documento d'identità a: info@siemc.it