



MODULO D'ISCRIZIONE

da inviare compilato alla mail info@sifes.it

Cognome	
Nome	
Indirizzo di residenza	
CAP, Località, Provincia	
Telefono	
e-mail	
Qualifica <small>medico, specializzando, ecc.</small>	
Struttura	
Indirizzo struttura	
CAP, Località, Provincia	

Quota associativa annuale: € 70,00

Nuova iscrizione

Rinnovo - ultima quota pagata nell'anno 20__

Quota associativa annuale: € 30,00

per neolaureati e specializzandi in medicina, infermieri, ostetriche, psicologi, biologi

Nuova iscrizione

Rinnovo - ultima quota pagata nell'anno 20__

Quota associativa triennale: € 180,00

Nuova iscrizione

Rinnovo - ultima quota pagata nell'anno 20__

Modalità di pagamento

bonifico bancario a favore di
SIFES E MR

IBAN Intesa IT73A0306905070100000003115

BIC Intesa BCITITMM

Informativa sul Trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 per la finalità di richiesta informazioni

SI

NO

Il conferimento dei dati da parte degli utenti è facoltativo, ma è tuttavia indispensabile per l'invio delle informazioni da Lei richieste.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 per la finalità di Marketing, ricontatto

SI

NO