



Modulo da restituire a UNIMEDICI SERVICE

<input type="checkbox"/> ISCRIZIONE	<input type="checkbox"/> RINNOVO
SCADENZA ____/____/____ N. TESSERA _____	

DOTTORE

Nome _____	Cognome _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____	Prov. _____
C. F. _____	P. IVA _____	Specializzazione _____
Studio Associato _____	P. IVA _____	
e-mail _____	Cell. _____	Gestore _____

ABITAZIONE

Indirizzo _____				
Cap. _____	Città _____	Prov. _____	Tel. _____	Gestore _____

STUDIO

Indirizzo _____							
Cap. _____	Città _____	Prov. _____	Tel. _____	Gestore _____			
Giorni di ricevimento	LUN	MAR	MER	GIO	VEN	SAB	Orari di ricevimento _____

ORDINE

Città di appartenenza _____	Num. _____	Data di iscrizione _____
-----------------------------	------------	--------------------------

Modalità di pagamento _____

Informatore _____ Firma _____

L'iscrizione sarà attiva dopo il versamento della quota associativa.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai fini del rispetto della legge sulla privacy (D.Lgs 196/2003) avendo preso visione dell'informativa rilasciata dall'Associazione UniMedici Service.

Data _____ Firma _____