



A.D.M.G.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

da restituire via fax al numero 0963/43538 o via e-mail a info@admg.it

Nome e Cognome: _____

Nato a: _____ (____) il _____

Residente in via: _____

cap _____ comune _____ (____)

Telefono _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____ e-mail _____

Chiede di essere iscritto/a alla A.D.M.G. Associazione Dermatologi della Magna Grecia con la qualifica di Socio/a a norma di Statuto.

Ulteriori informazioni

Ente di appartenenza: _____

Posizione: _____ Ruolo: _____

Studio libero professionale: via: _____

cap _____ comune _____ (____)

Telefono _____ fax _____ cell _____

email _____ sito internet http:// _____

Principali campi di interesse: _____

Anno di specializzazione in Dermatologia: _____

Eventuali altre specializzazioni: _____

Se specializzando indicare l'Università e l'anno di corso: _____

Data _____ Firma _____

Ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 N. 196 sulla tutela dei dati personali si autorizza espressamente A.D.M.G. a trattare le informazioni raccolte e inserire nella sua banca dati e utilizzare le finalità statutarie. Per ottenere la cancellazione o l'aggiornamento dei propri dati si scriva a: info@admg.it

Data _____ Firma _____