



(affiliata AOGOI)

Compilare in stampatello ed inviare a mezzo FAX, al numero +39 02 29525521 allegando ricevuta di pagamento

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa Prof

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____

Indirizzo (via/p.za) _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telef. _____ Fax _____ Mobile _____

E-mail _____

Qualifica _____ Ente di appartenenza _____

Città _____ Prov. _____

Qualifica

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ginecologo Ostetrico | <input type="checkbox"/> Tecnico di Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Biologo | <input type="checkbox"/> Psicologo |
| <input type="checkbox"/> Andrologo | <input type="checkbox"/> Sessuologo |
| <input type="checkbox"/> Genetista | <input type="checkbox"/> Altro |

Data Firma

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative della SIOS.E

Modalità di pagamento:

La quota associativa di **Euro 30 annui** può essere versata mediante **bonifico bancario** intestato a SIOS.E presso **UBI Banca – Filiale di Milano Monte di Pietà**, codice IBAN **IT06J0311101645000000035724**