

SCHEDA DI
<input type="radio"/> PRIMA ISCRIZIONE
<input type="radio"/> RINNOVO
ANNO _____

LE MIE GENERALITA'

NOME

COGNOME

IL MIO RECAPITO DI CASA

VIA.....N°.....

CITTA'

PROV. CAP

COME CONTATTARMI

TEL. FAX

E-MAILCELL:

I MIEI DATI PROFESSIONALI

Ordine Provinciale di Appartenenza.....

N. TesserinoAnno di Laurea.....

C.F./P.IVA:

Specializzazione

ISTITUTO DI APPARTENENZA.....

VIA.....N°.....

CITTA'

PROV. CAP

Con la compilazione del presente modulo richiedo l'iscrizione all'INS. A tale scopo allego un mio curriculum professionale e verso la somma di Euro 150,00 a corredo della mia domanda di iscrizione che sarà valida 364 giorni dalla data di attivazione della stessa. Vi comunico che il versamento è stato effettuato secondo la seguente modalità:

- Pagamento effettuato a mezzo assegno bancario allegato intestato a **Capitolo Italiano INS**
- Pagamento a mezzo contanti
- Pagamento effettuato a mezzo bonifico bancario intestato a **Capitolo Italiano INS**
Crédit Agricole CARIPARMA
IBAN: IT 65W 06230 02807 0000 5694 2506 (allegare ricevuta)
- Pagamento a mezzo carta di credito

VISA MASTERCARD Nr.

DATA SCADENZA :

Codice di sicurezza (si trova sul retro della carta)

Indicare soltanto le ultime tre cifre:

Intestata a Data

Firma

I dati che La riguardano verranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal Codice della Privacy e verranno utilizzati dal CAPITOLO ITALIANO INS soltanto per aggiornarLa sulle manifestazioni/iniziative scientifiche di Suo interesse e non verranno per nessun motivo diffusi a terzi. Lei potrà in qualsiasi momento comunicare al CAPITOLO ITALIANO INS la modifica o la cancellazione come dettagliato sull'informativa della Privacy presente sul sito www.insneuromodulazione.it

Data Firma leggibile.....

Riservato alla Segreteria