SCHEDA DI
☐ PRIMA ISCRIZIONE
☐ 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

DICHIARO DI ESSERE ISCRITTO ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN

.....

PRESSO L' UNIVERSITÀ DI

ANNO DI ISCRIZIONE

ISCRITTO ALL' ORDINE DEI MEDICI DI

NUMERO DI ISCRIZIONE

Con la compilazione del presente modulo richiedo l'iscrizione all'INS in qualità di **SOCIO SPECIALIZZANDO**. A tale scopo allego un mio curriculum professionale e verso la somma di **Euro 50,00** a corredo della mia domanda di iscrizione che sarà valida 365 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**
CHIANTIBANCA - CREDITO COOPERATIVO - S.C. - FILIALE FIRENZE FERRUCCI
IBAN: IT 466 08673 02801 0000 0092 5170 (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

Sede legale: Via Luigi Michelazzi, 19 – 50141 Firenze
Sede amministrativa: Via Kyoto 51, 50126 Firenze Tel.
055-6800389 – Fax 055-683355
e-mail : ins@insneuromodulazione.it