SIML
Società Italiana di Medicina del Lavoro

Domanda per riconoscimento di qualifica di Socio Permanente

Si prega di compilare in modo leggibile i campi indicati e inviare la presente alla Segreteria SIML
e-mail events@meneghinieassociati.it | Fax 0444 320321

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Telefono _____ Cellulare _____

E.mail _____

SOCIO SENIOR DAL (indicare anno) _____

ADESIONE A SEZIONE TERRITORIALE (Se diversa da quella già indicata)

❒ Quale _____

INDIRIZZO A CUI INVIARE CORRISPONDENZA E TESSERE (Se diverso da quello già presente in anagrafica)

Via _____ N. Civico _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

E.mail _____

DATI FI SCALI

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | (16 cifre)

Partita IVA | | | | | | | | | | | (11 cifre)

Via _____ N. Civico _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Il Decreto Legislativo del 30/06/03 n. 196 tutela il diritto di privacy sui dati personali raccolti con questa scheda. Autorizzo l'inserimento dei miei dati in liste per ricevere materiali informativi legati alla presente e ad altre manifestazioni promosse da SIML.

Firma _____ Data _____