

LIBERTÀ MEDICA

DOMANDA DI ADESIONE

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

Nato a: _____ Prov.: _____ il _____

Residente a: _____ Prov.: _____ CAP _____

In Via: _____

Telefono: _____ Cellulare _____

Fax _____ e-mail _____

Iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di: _____ Numero _____

Medico presso l'Ospedale: _____

Reparto/Divisione: _____

Via: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP _____

Telefono: _____ Fax _____ e-mail _____

CHIEDE

l'iscrizione all'Associazione LIBERTÀ MEDICA, condividendone i principi e gli scopi. Si impegna ad osservarne lo statuto ed al pagamento della quota annuale di iscrizione.

Allega la quota di iscrizione per il 2004 fissata in € 55,00 (cinquantacinque//00) che versa

- personalmente al referente di Libertà Medica, Dott. _____
- mediante bonifico bancario sul c/c n. 931, ABI 6385, CAB 2494, presso la Banca CARISBO, filiale 56 in Bologna, intestato a LIBERTÀ MEDICA
- mediante **disposizione permanente di bonifico annuale** di € 55,00 (cinquantacinque/00) sul c/c n. 931, ABI 6385, CAB 2494, presso la Banca CARISBO, filiale 56 in Bologna, intestato a LIBERTÀ MEDICA al fine sia di far coincidere la scadenza annuale di associazione con la data del bonifico, sia per facilitarci il lavoro di segreteria (consigliato).

Data: _____ Firma: _____

Autorizza LIBERTÀ MEDICA al trattamento dei propri dati sensibili di cui all'art. 22, comma 1 della legge n. 675/1996, anche in considerazione dell'autorizzazione n. 3/1998 al trattamento dei dati sensibili da parte degli organismi di tipo associativo e delle fondazioni.

Data: _____ Firma: _____

INVIARE QUESTO MODULO AL FAX 02 / 700.401.734 PER LA REGISTRAZIONE