



Il/La sottoscritto/a Prof./Dott.....MURARI SARA.....  
nato/a.....MEZZOLANNO.....il 30/07/68.....Anno Laurea...1995.....

Qualifica Professionale (Dirigente I Livello, II Livello, Altro).....DIRIGENTE I Livello.....

Specialista in.....Ginecologia e Ostetricia.....

Domicilio

Via.....C. DEVIALLI.....N. 32.....

CAP.....38012.....Città.....MEZZOLANNO.....Provincia.....TN.....

Telefono.....348/2264483.....Fax.....

E-mail (Importante).....

Indirizzo Lavoro (Reparto, Servizio).....UO GINECOLOGIA e OSTETRICIA.....

Ospedale.....S. ANNA.....

Via.....VIA S. MEOGAQUE D'ORO.....N.....

CAP.....38121.....Città.....TRENTO.....Provincia.....

Telefono.....0461/903356.....Fax.....0461/903195.....

E-mail (Importante).....sra.murari@epss.tn.it.....

Chiede di  iscriversi  rinnovare la propria iscrizione per l'anno 2016 in qualità di Socio Ordinario della Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza, impegnandosi a versare la quota annuale di iscrizione.

La quota fissata in € 50,00 è stata da me versata tramite:

assegno bancario intestato a **Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza** da inviare a: **Centro Italiano Congressi s.r.l., all'attenzione del Sig. Di Prospero, Lungotevere Michelangelo, 9, 00192 – ROMA.**

bonifico bancario sul c/c n. **CC N. 05000/1000/141393** intestato a **Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza** presso **BANCA PROSSIMA – Gruppo INTESA SANPAOLO**; **IBAN: IT41 Z033 5901 6001 0000 0141 393.**

contanti, in sede congressuale.

Data.....24/02/2016.....Firma.....[Signature].....

La legge n.675 del 31.12.1996 tutela il diritto di privacy sui dati personali raccolti con questa scheda.

Il socio, barrando la casella, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le attività della **Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza** in accordo con le finalità statutarie.