

Spett Associazione Flebologica Italiana
Piazza Caduti di pian d'albero 20
50063 Figline Valdarno (FI)
C.F. 05955180483

..I... sottoscritto/a.....

Nato/a a il

Residente in

via..... n.....

Codice Fiscale

Telefono Cellulare

Fax Email

Sito web

di professione

iscritto all'ordine dei medici/..... di

Con il N°

chiede di essere associato all'AFI per l'anno

nella qualità di SOCIO..... (1)

allegare fotocopia del bonifico bancario della quota d'iscrizione di € 60,00

IBAN IT 79L 06160 3791 00 00 00 7636 C00

Presso la CR FIRENZE filiale INCISA

Intestato Associazione Flebologica Italiana

Causale: quota associativa anno

Data e luogo

firma

- (1) socio ordinario: medici e paramedici
- socio sostenitore : tutti gli altri soggetti

INVIARE PER POSTA INSIEME ALLA COPIA DEL BONIFICO

Garanzia di riservatezza – Il trattamento dei dati personali viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal decreto legislativo 196/2003 sulla tutela della privacy. I dati sopraindicati verranno pubblicati sul motore di ricerca del sito web dell'AFI.

Autorizzo la pubblicazione dei miei dati sul sito web dell'AFI

Data e luogo

firma