MOD 010/01

SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA onlus
ITALIAN SOCIETY FOR CARDIAC SURGERY

DOMANDA ISCRIZIONE

Il sottoscritto Prof./Dott.:

Cognome:		Nome:
Nato a:	il	**C.F.**
Residente a:		C.a.p.
Via/P.zza - n°		
Tel:	Fax:	E-mail
Laurea in Medicina e Chirurgia: il		c/o l'Università di
☁ Specialista in Cardiochirurgia ☁ Specializzando ☁ Altra Specializzazione:……..		

CHIEDE di far parte della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca onlus. Dichiara di aver preso visione dello statuto

Curriculum Clinico: (indicare in ordine cronologico i posti ricoperti presso Cliniche e/o Ospedali)

Posizione attuale:

Università/Ospedale/Clinica:			
Divisione:			
Indirizzo completo:		Città:	C.a.p.
Telefono:	Fax:	E-mail	

Soci presentatori:

1		Firma
2		Firma
3		Firma

Quota ammissione:
➔ Soci Ordinari **€ 50** ➔ Soci Juniores (max5 anni di laurea) **€ 25**

Quota associativa annuale:
➔Soci Ordinari **€ 150** ➔ Soci Juniores (max5 anni di laurea) **€ 50 €** ➔ Cardiochir. Pediatrica: **€ 170**

Data: _____ Firma: _____

Modalità di pagamento

➢ Tramite Bonifico Bancario intestato a **Società Italiana di Chirurgia Cardiaca onlus**
CIN X ABI 01025 CAB 03227 C/C n. 1000002279 - Istituto San Paolo IMI SpA - Filiale Roma 29, Viale Ruggero Giovanelli 2/A

➢ Carta di credito ☐ VISA Titolare: _____

N. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| scadenza: |_|_|/|_|_|

Data:_____ Firma: _____

Spedire o inviare via fax a: Prof. Bruno Turinetto (Segretario Organizzativo) Hesperia Hospital, Via Arquà 80 - 41100 MODENA - Tel 059 449334 - Fax 059 303013-449502e-mail: segretarioorganizzativo@cardiochirurgiaitalia.it