

Accademia Siciliana di Medicina d'Urgenza

SOCIETÀ SCIENTIFICA DEI MEDICI D'URGENZA



A. S. M. U.

"entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem"

Richiesta iscrizione Anno 20_____

Nome:	Cognome:	Data di nascita:
Luogo di Nascita:	Codice Fiscale:	Sesso: M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>

Qualifica Professionale: DIRETTORE DIPARTIMENTO - DIRETTORE U.O. COMPLESSA - RESPONSABILE U.O. SEMPLICE
 DIRIGENTE MEDICO - INFERMIERE

Specialista in:

Domicilio: Via	Provincia:	
Località:	Tel./Cell.	Fax.
Email:	@	

Indirizzo di lavoro: reparto/servizio:		
Ospedale	Via	Città ()
Cap	Tel./Cell.	Fax.
Email:	@	

Quota Iscrizione Anno 20_____

INFERMIERI € 30,00 - MEDICI € 50,00

Metodo di pagamento: Versamento su Conto Corrente - ALTRO:

Data versamento: Causale Versamento:

La Legge n. 675 del 31.12.96 tutela il diritto di privacy sui dati personali raccolti con questa scheda.

X Il socio esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le attività della A.S.M.U. e in accordo con le finalità statutarie.

DATA FIRMA

Inviare a **Segreteria ASMU**
Fax 095.44.20.96 - E-mail asmusicilia@hotmail.com

A.S.M.U.

Accademia Siciliana di Medicina d'Urgenza
Sede legale Via Caronda, 446 - 95100 CATANIA (CT)

Fax. 095.44.20.96 - email: asmusicilia@hotmail.com

<http://www.asmusicilia.it/>



Compilare in stampatello ed in modo leggibile tutti i campi

Eeguire il bonifico alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN: IT65S0306916400100000001334

Scrivere come causale del bonifico il proprio nome e cognome seguito dalla scritta

ASMU con specificato l'anno al quale si riferisce la quota versata

Es.

Mario Rossi – ASMU 2017

Inviare una copia della richiesta di iscrizione tramite

- **FAX 095.44.20.96**

- **EMAIL: asmusicilia@hotmail.com**

A.S.M.U.

*Accademia Siciliana di Medicina d'Urgenza
Sede legale Via Caronda, 446 – 95100 CATANIA (CT)
Fax. 095.44.20.96 - email: asmusicilia@hotmail.com
<http://www.asmusicilia.it/>*