



S.I.C.E.

Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie

DOMANDA D'ISCRIZIONE

.....I..... sottoscritt..... Prof./Dott.

nat.... a Prov. il...../...../.....

abitante in via C.A.P. Città Prov.

Laureat.... in Medicina e Chirurgia il/...../..... Specialista in.....

o Specializzando in (specificare Scuola) dal...../...../.....

chiede di ammesso quale:

socio ordinario

socio junior (meno di cinque anni di attività presso Divisioni di Chirurgia)

Esperienza in chirurgia mini-invasiva:

Toracoscopica Laparoscopica Lap. Ginecologica Lap. Urologica

Qualifica Attuale.....

Ospedale Divisione.....

Indirizzo C.A.P. Città Prov.

Tel. Cell. Fax

CODICE FISCALE(obbligatorio per accedere all'area del sito riservata ai soci)

EMAIL..... (obbligatorio per accedere all'area del sito riservata ai soci)

Presentazione da parte dei seguenti soci S.I.C.E.:

Nominativo Firma

Nominativo Firma

Data/...../..... Firma del richiedente

.....I..... sottoscritt.....

acquisite le informazioni di cui all'art. 13, D.lgs. 196/2003

conferisce il consenso nega il consenso

alla comunicazione e diffusione dei dati personali alle categorie di soggetti di seguito specificate:

- Società scientifiche medico-chirurgiche italiane ed internazionali
- Organizzazioni congressuali nazionali ed internazionali
- Società editrici pubblicazioni scientifiche
- Società farmaceutiche
- Società di attrezzature e strumentazioni chirurgiche specialistiche
-

Data/...../..... Firma del richiedente

Inviare a :

Segreteria S.I.C.E e-mail: segreteria@siceitalia.com

Fax 06 4465513

<http://www.siceitalia.com>