



Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e Nuove Tecnologie (S.I.C.E.)

DOMANDA D'ISCRIZIONE

.....l..... 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:

Toroscopica Laparoscopica Lap. Ginecologica Lap. Urologica

Qualifica Attuale
Ospedale Divisione
Indirizzo C.A.P. Città Prov.
Tel. Cell. Fax E-mail:
Codice Fiscale (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

.....l..... sottoscritt.....
acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 675/96 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.:** c/o ACOI - Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma
Tel. 0649970204 - Fax 064465513 (martedì ore 9.00/14.00: Tel. 06.37518937 - Fax 06.37518941)
<http://www.siceitalia.com> ◆ e-mail: segreteria@siceitalia.com