



Società Italiana di Medicina Biointegrata

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Nome _____
Cognome _____
Nat ____ a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ (Prov. _____)
in via _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____
Codice fiscale _____ P.IVA _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di:

svolgere la professione di _____
essere iscritto all'ordine-registro-elenco _____ di _____

Presa visione dello statuto,

CHIEDE

di far parte dell'Associazione SIMeB (*Società Italiana di Medicina Biointegrata*), in qualità di socio effettivo, per l'anno _____, appartenente alla seguente categoria professionale:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medici, Odontoiatri, Veterinari | <input type="checkbox"/> Farmacisti |
| <input type="checkbox"/> Infermieri, Ostetriche | <input type="checkbox"/> Fisioterapisti, Osteopati, laureati in Scienze Motorie |
| <input type="checkbox"/> Naturopati, Erboristi | <input type="checkbox"/> Altre categorie _____ |
| <input type="checkbox"/> Biologi, Psicologi | |

Il sottoscritto/a allega alla presente:

- quota associativa pari a: €20,00
 Contanti Bonifico bancario (Ass. SIMeB - BCC Sangro Teatina – IBAN: **IT 11 Y 08968 78080 000140321220**)
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Si invita a compilare il modulo in stampatello e a inviarlo all'indirizzo e-mail: didattica@medicinabiointegrata.it o al numero di fax 0874/870979.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.Lgs. 196/03)

Il Sottoscritto, dopo aver preso atto che i propri dati personali richiesti saranno utilizzati dalla SIMeB e trasmessi a terzi solo ed esclusivamente per scopi inerenti le attività dichiarate nello statuto, fornisce il proprio consenso.

Luogo e data _____

Firma _____