



Associazione
Italiana
per lo Studio
del Dolore

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome
Data di nascita Luogo Pr.
Residenza..... Pr. CAP
Indirizzo N
Cod. Fiscale Cell. Tel.
E-mail Sito web

CURRICULUM VITAE

Spec.
Spec. II
Titolo Accademico e Qualifica.....
Sede Lavoro.....
Località Pr. CAP
Indirizzo N
Telefono FAX
E-mail Sito web
Settori di interesse
Ind. ricezione corrispondenza
Data di iscrizione

Data Firma.....

Autorizzo il trattamento dei dati personali a norma della L.196 del 30 giugno 2003

Versamento della quota Annuale di € 50,00
(per studenti di medicina € 10,00)

sul conto corrente bancario presso la
Banca di Credito Cooperativo di Roma
IBAN: IT 44 J 08327 03239 000000002154

con carta di credito tramite sistema Paypal dalla pagina web:
<http://www.aisd.it/page.php?15>

Intestato a:
Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD
Causale: quota iscrizione annuale (indicare l'anno)

Intestato a:
Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD
Causale: quota iscrizione annuale (indicare l'anno)