

DOMANDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI:

COGNOME _____ NOME _____

TEL _____ FAX _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

DATA DI NASCITA _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

CODICE FISCALE _____

Chiede di entrare a far parte, in qualità di Socio Ordinario, della Società Italiana per la Gestione Unificata ed Interdisciplinare del Dolore muscolo-scheletrico e dell'Algodistrofia (G.U.I.D.A.), impegnandosi a rispettarne lo Statuto.

SOCIO PRESENTATORE:

COGNOME _____ NOME _____

- QUOTA ISCRIZIONE ANNO 2023 SPECIALIZZANDO: **GRATUITA ***
- QUOTA ISCRIZIONE ANNO 2023 SPECIALISTA: **€ 20,00**
- QUOTA ISCRIZIONE ANNO 2023/2024/2025 SPECIALISTA: **€ 50,00**

* per gli specializzandi è necessario presentare una certificazione a firma del Direttore della Scuola di Specializzazione.

Io sottoscritto _____, presa visione dell'informativa di cui all'art. 13 Regolamento UE 679/2016, ritenendola adeguata e comprendendone appieno i contenuti, dichiaro di acconsentire al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate nello stesso

Data _____ Firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO da intestare a Società Italiana G.U.I.D.A.

Banca Monte dei Paschi di Siena, IBAN: **IT 71 U 01030 1400000003953921**

Causale: Iscrizione (annuale/triennale) COGNOME NOME oppure Rinnovo (annuale/triennale) COGNOME NOME

**ATTENZIONE IL PRESENTE MODULO DOVRA' ESSERE INVIATO TRAMITE E-MAIL (segreteria@si-guida.it)
ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA INSIEME ALLA COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO**