

## DOMANDA DI RINNOVO ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Chiede di rinnovare l'iscrizione come 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.

- QUOTA RINNOVO ANNO 2023 SPECIALIZZANDO: **GRATUITA \***
- QUOTA RINNOVO ANNO 2023 SPECIALISTA: **€ 20,00**
- QUOTA RINNOVO 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](mailto:segreteria@si-guida.it))  
ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA INSIEME ALLA COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO**