

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 2024 SPECIALIZZANDO: **GRATUITA ***
- QUOTA RINNOVO ANNO 2024 SPECIALISTA: **€ 20,00**
- QUOTA RINNOVO ANNO 2024/2025/2026 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

PAGAMENTO ON-LINE MEDIANTE CARTA DI CREDITO CON SERVIZIO "PAY-BY-LINK" TRAMITE GATEWAY BANCARIO "NEXI"

Per effettuare il pagamento, contattare la Segreteria Organizzativa (segreteria@si-guida.it), che provvederà a generare ed inviare un link con il quale effettuare l'operazione di pagamento mediante carta di credito.

Il link per il pagamento sarà inviato via e-mail

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