Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale COMLAS

Tesseramento anno 2019

SCHEDA DI ADESIONE
Nuovo associato

DATI PERSONALI *Tutti i campi sono obbligatori. Si prega di scrivere in stampatello.*

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Codice fiscale _____

Professione _____ Disciplina _____

Struttura di appartenenza _____

Indirizzo lavoro Via _____ n. Civico _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ Regione _____

E-mail lavoro _____

Indirizzo privato Via _____ n. Civico _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDO di aderire alla Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale COMLAS per l'anno in corso in qualità di socio ordinario e mi impegno al pagamento della quota associativa (COMLAS si riserva di comunicare il rigetto della domanda e provvedere contestualmente al rimborso della quota eventualmente versata).

☐ **PAGAMENTO DELLA QUOTA €80,00**

☐ **ABBONAMENTO ANNUALE ALLA RIVISTA "DECIDERE IN MEDICINA" €40,00**

Specificare il proprio ruolo: ☐ **MEDICO LEGALE:** ☐ A RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE CON S.S.N.

☐ IN SERVIZIO C/O STRUTT. MEDICO LEGALI CONVENZIONATE S.S.N. DI VARIA TIPOLOGIA ☐ DIPENDENTE ☐ CONVENZIONATO

☐ **IN SERVIZIO O IN CONVENZIONE C/O:** ☐ STRUTTURA MEDICO LEGALE ☐ STRUTTURA DI GESIONE RISK MANAGENMENT ☐ ALTRA TIPOLOGIA (SPECIFICARE) _____

☐ **MED. LEG. EX S.S.N IN QUIESCENZA** | ☐ **MED. LEG. LIBERO PROFESSIONISTA** | ☐ **ASSISTENTE IN FORMAZIONE PRESSO** _____

☐ Ho effettuato BONIFICO BANCARIO / VERSAMENTO POSTALE su C.C.P. a favore di "Società Scientifica COMLAS"
su conto corrente postale n. 001020713069
ABI 07601 - CAB 10200 - IBAN: IT19F0760110200001020713069
CAUSALE "Quota associativa 2019".
N.B. (Per versamento postale utilizzare solo il n. di conto. Per bonifico utilizzare anche ABI , CAB, IBAN).

☐ Autorizzo Publiedit s.a.s., in qualità di Tesoreria Nazionale del COMLAS ad addebitare l'importo sulla mia CARTA di CREDITO:
☐ Visa ☐ CartaSI ☐ MasterCard

Carta n. _____ Data di scadenza _____ (Mese / Anno)

Data _____ Firma leggibile _____

Allegare la fotocopia del documento di identità.

INVIARE LA PRESENTE SCHEDA PRESSO LA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA COMLAS: Publiedit s.a.s. Via Roma, 22 - 12100 CUNEO fax 0171/648077

Infoline 017167224 - e-mail: info@comlas.org - sito internet: www.comlas.org

Continua sul retro →

Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale COMLAS

Tesseramento anno 2019

SCHEDA DI ADESIONE
Nuovo associato

La corrispondenza dovrà essere inviata: ☐ luogo di lavoro ☐ indirizzo privato

BREVE CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM _____

_____

PRIVACY ☐ Autorizzo la COMLAS (in qualità di titolare) e la Segreteria Organizzativa COMLAS Publiedit s.a.s (in qualità di Responsabile dei dati) ad inserire i miei dati nelle sue liste, per il trattamento degli stessi a fini associativi, fiscali, divulgativi e/o scientifici. In ogni momento, a norma del Regolamento Comunitario 679/2016/UE potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo. Informativa disponibile sul sito www.comlas.it

Firma _____

INVIARE LA PRESENTE SCHEDA PRESSO LA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA COMLAS: Publiedit s.a.s. Via Roma, 22 - 12100 CUNEO fax 0171/648077

Infoline 017167224 - e-mail: info@comlas.org - sito internet: www.comlas.org