

## Tesseramento anno 2018

**SCHEDA DI ADESIONE**  
**Nuovo associato under 40**

### 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 €50,00**

**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 MANAGEMENT**  
 **ALTRA TIPOLOGIA (SPECIFICARE)** \_\_\_\_\_

**MED. LEG. EX S.S.N  
IN QUIESCENZA**

**MED. LEG. LIBERO  
PROFESSIONISTA**

**ASSISTENTE IN FORMAZIONE PRESSO** \_\_\_\_\_

Allego **ASSEGNO** non trasferibile n. \_\_\_\_\_  
della Banca \_\_\_\_\_ intestato a Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie  
del Servizio Sanitario Nazionale COMLAS  
Inviandolo a: Segreteria Organizzativa COMLAS - PUBLIEDIT s.a.s. Via Roma, 22 - 12100 CUNEO

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 2018".  
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 Mese / Anno  
Carta n. \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_  
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**

