

Associazione Italiana ORL
di Chirurgia Estetico-Funzionale Rino-Cervico-Facciale

(Presidente: Prof. Pietro Palma)

website: www.aicef-rcf.org

Spedire a sede operativa Milano

Ufficio Poliglotta

(c.a. Dr. Antonio Moretti

Segretario Tesoriere AICEFrcf)

B.ni Porta Volta, 9/11- 20121 Milano

Fax: **02- 6361.8770**

Email: iscrizioni@aicef-rcf.org

(Barrare la casella pertinente)

PRIMA ADESIONE 2010

RINNOVO 2010

Quota associativa:

€ 65 (specialisti)

€ 30 (specializzandi)

COMPILARE LEGGIBILE, IN STAMPATELLO (ANCHE I RINNOVI)

COGNOME..... NOME..... Data di nascita.....

Via..... N°.....

Città..... Cap.....

Tel. casa:..... Tel. studio:..... Mobile:..... Fax:.....

Email:..... Website.....

Specialità.....

Se specialista, anno specializzazione..... Se specializzando, anno di frequenza.....

Ambito professionale: Ospedaliero Universitario Libero-Professionista

Ospedale/Clinica:

CHIEDE

di aderire, in qualità di socio ordinario, all'**Associazione Italiana ORL di Chirurgia Estetica e Funzionale Rino-Cervico-Facciale**, impegnandosi a rispettare lo Statuto.

All'uopo, versa la quota associativa di L. €65 (specialisti) €30 (specializzandi)

Contanti Assegno

Bonifico a favore di: Associazione Italiana ORL Chirurgia Estetico-Funzionale Rino-Cervico-Facciale
IBAN: IT79 F 02008 01611 000004147177 (Unicredit Banca)

Carta di credito **VISA** **MASTER CARD**

Carta n. _____ Valida fino al _____

Importo in Euro :..... Data :.....Firma :.....

(indicare)

NEGO PUBBLICAZIONE DI MIEI DATI PERSONALI SUL SITO AICEF-RCF

Data..... Firma.....

Il candidato è presentato da noi sottoscritti, soci dell'**Associazione Italiana ORL di Chirurgia Estetica e Funzionale Rino-Cervico-Facciale**, in qualità di garanti.

1.

Cognome-Nome..... Firma.....

2.

Cognome-Nome..... Firma.....