



SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA NELL'OSPEDALITA' PRIVATA

Riservato alla Segreteria

### SCHEDA DI ISCRIZIONE/ AGGIORNAMENTO

**ATTENZIONE! La scheda deve essere compilata in tutti i campi.**  
Le schede non debitamente compilate e/o non accompagnate dal pagamento non verranno prese in considerazione.

#### DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Titolo  Dr.  Prof. \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio Via: \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Sede lavorativa: \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_ Specialità: \_\_\_\_\_

Indirizzo lavorativo Via: \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### PAGAMENTO

Descrizione	Euro/persona	N° persone	Totale
<input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO – QUOTA DI ISCRIZIONE 2019	60,00	1	
<input type="checkbox"/> SOCIO JUNIOR – QUOTA DI ISCRIZIONE 2019	30,00	1	
<input type="checkbox"/> SOCIO OVER 70 – QUOTA DI ISCRIZIONE 2019	30,00	1	
<b>Totale Generale</b>			

Vi invio copia del bonifico bancario di Euro \_\_\_\_\_ sul c/c del Banco Popolare - Sede di Genova - IBAN IT 45U 05034 01424 000000003569 - intestato a: Aristeia International s.r.l.  
**Causale "SICOP quota iscrizione 2019 – Cognome Nome"**

Vi prego di voler addebitare l'importo di Euro \_\_\_\_\_ sulla mia carta di credito:

VISA  Master Card  Diners Club  American Express

Numero \_\_\_\_\_ Codice CVV (\*) \_\_\_\_\_ Data scadenza \_\_\_\_\_

(\*) Il Codice CVV (Customer Verification Value) è il numero a 3 cifre (per VISA, Master Card, Diners Club) o 4 cifre (per American Express) che si trova sul retro della carta (per VISA, Master Card, Diners Club) o sul davanti della carta (per American Express) subito dopo il numero della stessa carta di credito.

Titolare della carta (in stampatello) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La firma apposta in calce autorizza il trattamento dei dati personali in conformità all'art. 11 del D.L. 675/1996 e all'art. 11 del D.L. 196/2003

Io sottoscritto autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196 del 30.03.03 sulla privacy. Tali dati potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata, per finalità connesse o strumentali ai servizi richiesti.

Spedire a:

**SICOP • Viale Maresciallo Pilsudski, 118 • 00197 Roma • Fax 06 84543700 • E-mail sicop@aristeia.com**