



SCHEDA ISCRIZIONE AGITE
ASSOCIAZIONE DEI GINECOLOGI TERRITORIALI

Da stampare, firmare e inviare via FAX AL NUMERO 0229525521 allegando la copia del pagamento

Il/La sottoscritto/a Dr. Prof.

COGNOME _____ NOME _____

NATA/O A _____ IL _____

C.F. _____ P. IVA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV: _____

Tel. _____ FAX _____ Cell. _____

E-mail (stampatello) _____ @ _____

Ginecologa/o qualifica **Privato** **Dirigente I° livello** **Dirigente II° livello** **Sumaista**

Consultorio Pubblico **Cons. Privato** **Amb. Spec. Pub.** **Studio Priv.** **Clinica Priv.**

Sede _____ Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Tel. _____ Fax _____

Carica Sindacale _____ Associativa _____

CHIEDE

Iscrizione AGITE

Quota di iscrizione € 50,00

Modalità di pagamento: **Bonifico bancario** intestato ad AGITE, codice IBAN

IT19T0311101645000000037083 presso UBI Banca – Filiale di Milano Monte di Pietà - **Causale:**

Iscrizione AGITE

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/03 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative di AGITE

firma _____ data _____

Segreteria Nazionale AGITE

Via G. Abamonti 1 – 20129 Milano Tel. 02 29525380 Fax 0229525521

C.F. e P.IVA 05701940966 e-mail agite@aogoi.it - www.agite.eu