



AFMEL

Associazione Felsinea di Medicina Legale

Domanda di rinnovo o di iscrizione all'Associazione Felsinea di Medicina Legale

(Per medici Specialisti in Medicina Legale)

Nome * _____

Cognome * _____

Luogo e data di Nascita * _____

C.F.* _____

Indirizzo * _____

Indirizzo e-mail * _____ Tel. _____

Qualifica di * _____ Ente _____

Specialista in * _____

- Socio Ordinario – anno _____ (€ 100,00)¹
 iscrizione alla mailing-list dell'Associazione

* campi obbligatori

¹ Allegare copia della ricevuta di versamento della quota d'iscrizione annuale che dovrà essere disposta mediante bonifico bancario ordinario sul C/C n. **IT69U051160240000000004337** presso Banca Valsabbina a favore di **Associazione Felsinea di Medicina Legale – Tesoreria, Via Giorgio Ercolani n. 12, 40122 BO; causale: NOME COGNOME – Quota associativa AAAA.**

Data _____

Firma _____

* Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 per le finalità perseguite con il presente modulo di richiesta da me sottoscritto.