



Associazione  
Italiana  
per lo Studio  
del Dolore

# RICHIESTA DI ISCRIZIONE

## DATI ANAGRAFICI

Cognome ..... Nome .....  
Data di nascita ..... Luogo ..... Pr. ....  
Residenza ..... Pr. .... CAP .....  
Indirizzo ..... N .....  
Cod. Fiscale ..... Cell. .... Tel. ....  
E-mail ..... Sito web .....

## CURRICULUM VITAE

Spec. ....  
Spec. II .....  
Titolo Accademico e Qualifica.....  
Sede Lavoro.....  
Località ..... Pr. .... CAP .....  
Indirizzo ..... N .....  
Telefono ..... FAX .....  
E-mail ..... Sito web .....  
Settori di interesse .....  
Ind. ricezione corrispondenza .....  
Data di iscrizione .....

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

Autorizzo il trattamento dei dati personali a norma della L.196 del 30 giugno 2003

Versamento della quota Annuale di  
€ 50,00 (medici) – € 25,00 (infermieri iscritti  
IPASVI (studenti € 10,00)

sul conto corrente bancario presso la  
Banca di Credito Cooperativo di Roma  
IBAN: IT 44 J 08327 03239 000000002154

con carta di credito tramite sistema Paypal dalla pagina web:  
<http://www.aisd.it/page.php?15>

Intestato a:  
Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD  
Causale: quota iscrizione annuale (indicare l'anno)

Intestato a:  
Associazione Italiana per lo Studio del Dolore AISD  
Causale: quota iscrizione annuale (indicare l'anno)