



Richiesta di iscrizione all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore Onlus

www.aisd.it

compilare e inviare per e-mail a: segreteria@aisd.it o via fax: 1786089948

DATI ANAGRAFICI

*Cognome

*Nome

*Data di nascita

*Luogo

*Codice fiscale

*Residenza..... *Indirizzo

*CAP..... *Telefono

*E-mail

CURRICULUM VITAE

*Laurea in

*Specializzazione

*Titolo accademico/Qualifica

*Sede lavoro

Località

Indirizzo

Telefono

E-mail.....

*Settori di interesse

.....

Socio presentatore

Luogo e data

Autorizzo il trattamento dei dati personali a norma della L.196 del 30 giugno 2003 e ho letto l'informativa pubblicata nel sito www.aisd.it

Firma

* dati obbligatori

QUOTA ANNUALE

50,00 € (medici, psicologi, farmacisti) - 25,00 € (infermieri, fisioterapisti)

Per il pagamento tramite bonifico bancario: IBAN IT 44 J 08327 03239 000000002154

(cc intestato all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, BCC Roma)

Per pagare con carta di credito collegarsi al pagamento con sistema Paypal dalla pagina

<http://www.aisd.it/index.php/diventa-socio-2>