



Associazione Multidisciplinare
di Geriatria

Al Coordinatore/Presidente dell'AMGe (Associazione Multidisciplinare di Geriatria)

il sottoscritto Prof./Dr. _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ via _____

e-mail _____ Tel _____

Qualifica ricoperta ed ambito di lavoro _____

Specialista in _____

Chiede di aderire all'AMGe in qualità di:

Medici

**Biologi, Psicologi, Farmacisti
Cultori della materia**

**Nursing
Fisioterapisti, Logopedisti,
Assistenti Sociali**

Specializzandi

quale Associato versando la quota societaria di € 20,00 per Medici
€ 10,00 per Infermieri, Psicologi, Fisioterapisti,
Biologi, Farmacisti, Logopedisti,
Assistenti Sociali e Specializzandi

tramite bonifico bancario IBAN: IT 49 K 02008 05119 000103695564

I dati personali saranno trattati in base alla Legge 675/96. L'AMGe (Associazione Multidisciplinare di Geriatria) c/o C.E.S.I. SRL, con sede in Via Cremona, 19 - Roma, nella sua qualità di titolare del trattamento, informa che i dati saranno inseriti nella propria banca dati e pertanto saranno utilizzati per invio gratuito di informazioni inerenti l'Associazione, i Congressi o iniziative e che saranno ceduti a terzi al fine dell'adempimento di aspetti organizzativi ed economici del Congresso. Con la compilazione del modulo si esprime il consenso al trattamento e comunicazione dei propri dati per le finalità sopra riportate.

Data _____

Firma e timbro

Visto di accoglimento del Coordinatore/Presidente

Inviare via telefax al: 06-44241598
