



PAin control and suppoRTive carE of NOxious Stimuli

Al Comitato Scientifico
Associazione PARTENOS

DOMANDA DI AMMISSIONE

da inviare a mezzo fax al n.081 664372 oppure via email a info@mcmcongressi.it
unitamente ad un breve curriculum vitae

COGNOME* _____

NOME* _____

COD. FISC.* _____

PARTITA IVA _____

RESIDENTE A* _____ CAP* _____ PROV.* _____

VIA* _____

TEL.* _____ CELL _____

EMAIL* _____

PROFESSIONE* _____ ORDINE MEDICI DI _____

SPECIALIZZAZIONE* _____

OSPEDALE/STUDIO _____

VIA _____

CITTÀ _____ CAP _____ PROV. _____

Chiedo di essere iscritto/a in qualità di **SOCIO** all'Associazione PARTENOS per l'anno in corso.
Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che, come stabilito dal regolamento soci, sarà
codesto Comitato ad accogliere o meno la mia domanda di Iscrizione.

Data _____ Firma di consenso _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 sulla privacy.