

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

DA INVIARE VIA MAIL A : [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](file:///C:\Users\gaetano\AppData\Local\Temp\segreteriaorganizzativa@cmwlab.it)

COGNOME ..........................................................................NOME .............................................................................

LUOGO E DATA DI NASCITA …………………………………………………….. CODICE FISCALE ………………………………………………….

RESIDENTE IN VIA.......................................................................................CITTÀ......................................................

TEL/FAX...............................................................................EMAIL..............................................................................

ISCRITTO ISPLAD: SI (ISCRIZIONE GRATUITA PER I SOCI IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DELLA QUOTA ANNUALE)\*

PROFESSIONE : MEDICO CHIRURGO

SPECIALIZZANDO (ISCRIZIONE GRATUITA)

SPECIALIZZAZIONE : …………………………………………………………………………………………………………………………….

RUOLO ATTUALMENTE RICOPERTO:

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

Evento ECM accreditato presso il Ministero della Salute per medico chirurgo specialista in:

**Dermatologia e Venereologia, Chirurgia Generale, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Medici di Medicina Generale**

Per quanto concerne il pagamento della quota di iscrizione, pari a € 100 + iva, va effettuata versando la somma tramite bonifico bancario ed inviando la ricevuta contabile all'indirizzo e-mail [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](file:///C:\Users\gaetano\AppData\Local\Temp\segreteriaorganizzativa@cmwlab.it)

Coordinate bancarie: **Bper Banca** - IBAN: **IT58Y0538774790000043011113** - Intestato a **Cmw Lab S.r.l.**

\* Per **gli iscritti ad ISPLAD** in regola con il pagamento della quota annuale, si prega di inviare la prova di iscrizione, congiuntamente alla presente scheda, all'indirizzo mail [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](file:///C:\Users\gaetano\AppData\Local\Temp\segreteriaorganizzativa@cmwlab.it)