



S. I. S. S.

Società Italiana per lo Studio dello Stroke

Modulo Iscrizione

Dati Personali e fiscali per ricevuta

Dr/Prof: _____

Professione: _____

*Nome e Cognome: _____

*Indirizzo: _____

*CAP: _____ *Città: _____ *Provincia: _____

*Codice Fiscale _____ *Luogo e data di nascita _____

E-mail: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Cellulare: _____

Denominazione Struttura di Lavoro:

Posizione: (cancella voci non pertinenti)

Professore ordinario / Dirigente I° livello / Dirigente II° livello / Professore Associato / Ricercatore / Dottorando / Specializzando / Altro

Area di Attività Clinica: (cancella voci non pertinenti)

Neurologia / Neurofisiopatologia / Medicina Interna / Geriatria / Anestesiologia / Neurochirurgia / Altro

Quota annua di iscrizione Euro 10,00

L'iscrizione è da considerarsi valida dopo verifica del pagamento della quota di iscrizione tramite BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:

SISS – Società Italiana per lo Studio dello Stroke, QUOTA ASSOCIATIVA

IBAN IT89 H030 6909 6061 0000 0113 024

Banca Prossima Intesa – Sanpaolo spa C/C: 1000/113024 ABI: 03359 CAB: 01600

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del “Codice in materia di protezione di dati personali” (D.L. 30 giugno 2003 n° 196). I dati non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

Compilare ed inviare in allegato a congressi@avenue-media.eu

Data _____

Firma _____