

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

DATI ANAGRAFICI

Cognome **Nome**
Luogo di Nascita **Prov.** **Naz.**
Data di Nascita **Codice Fiscale**
Residenza
Città **Prov.** **CAP** **Naz.**
Tel. **Cell.** **Mail**

TITOLI DI STUDIO

Laurea in **Anno**
Specializzazione **Anno**
Altre Specializzazioni
.....

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Qualifica
Struttura
Indirizzo
Curriculum breve allegato

PARERE ED ACCETTAZIONE

Parere del Comitato Direttivo

Data

**Il Presidente della Società Italiana di Medicina
e Chirurgia Rigenerativa Polispecialistica**
.....

NOTA BENE

Si informa i Signori Soci che la quota associativa alla Società Italiana di Medicina e Chirurgia Rigenerativa Polispecialistica (SIMCRI) ha validità dal 1 gennaio al 31 dicembre, indipendentemente dalla data in cui è stata accettata la Domanda di Ammissione.