SIMCRI

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA
E CHIRURGIA RIGENERATIVA POLISPECIALISTICA

INFORMAZIONI PERSONALI

Nome

Cognome

Data di Nascita Day / Month / Year Maschio ☐ Femmina ☐

Comune di nascita

Prov.

Codice fiscale

scrivere ogni lettera nel apposito spazio in modo comprensibile

Residente in

Via o Piazza

Città

Prov. cap

Cell.

Mail

TITOLI DI STUDIO

Laurea Anno

Specializzazione Anno

Altre specializzazioni

ATTIVITA' PROFESSIONALE IN ESSERE

Qualifica

Struttura

Indirizzo

Allegare obbligatoriamente breve curriculum professionale

PARERE ED ACCETTAZIONE

Parte da compilare a cura del Comitato direttivo

PARERE Favorevole ☐ Contrario ☐ Con riserva ☐

DATA Day / Month / Year

NOTE

QUI :

Il Presidente della Società di Medicina e Chirurgia Rigenerativa Polispecialistica

NOTA BENE

Si informano 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. Il mancato versamento della relativa quota associativa comporta il decadimento come socio o la nullità della domanda di ammissione in caso di esito positivo.

Il richiedente

X

DATA