

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche
S.I.C.OB.

Il sottoscritto:

NOME _____ COGNOME _____

DIPARTIMENTO _____

ENTE _____

TEL _____ FAX _____

EMAIL _____ CELL _____

Avendo preso visione dello Statuto e del Regolamento chiede di diventare

- Socio Ordinario
- Socio Affine
- Socio Junior

Presentazione da parte di due Soci S.I.C.O.B. con almeno 5 anni di anzianità

NOMINATIVO

Firma _____

NOMINATIVO

Firma _____

FIRMA

DATA

Inviare a mezzo fax allo 08119308402 Segreteria Organizzativa oppure via mail a
customercare@softitalia.net