



Spettabile
SICOA
Via B. Verro, 14
20141 Milano

Il Socio Aderente è un Medico non Cardiologo e non ha diritto di voto in Assemblea.

DOMANDA DI ISCRIZIONE – SOCIO ADERENTE

Dati del richiedente l'ammissione come **socio aderente** dell'Associazione.

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Provincia _____

Laureato in medicina e chirurgia Università di _____

Specializzato in _____

Altre specializzazioni _____

C.F. _____

P.I. _____

RESIDENZA

Via _____ N° civico _____

Città _____

Provincia _____ Cap _____

SEDE NAZIONALE

Via B. Verro, 14 • 20141 Milano
Tel.: 02 8322218 • Fax: 02 89413234
E-mail: sicoa@sicoa.net • www.sicoa.net



S.I.C.O.A.
SOCIETÀ ITALIANA CARDIOLOGIA
OSPEDALITÀ ACCREDITATA

SEDE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Casa di Cura / Ambulatorio / Ospedale / Altro (specificare)

Via _____ N° civico _____

Città _____

Provincia _____ Cap _____

RECAPITI

Abitazione _____

Studio _____ Altro numero _____

Casa di Cura / Ambulatorio / Ospedale _____

Fax _____

Cellulare _____

E-mail _____

ISCRITTO AD ALTRE ASSOCIAZIONI:

Mi impegnano a comunicare eventuali variazioni

Luogo _____ Data _____

Firma

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti.

A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto sociale

Luogo _____ Data _____

Firma

N.B. Il Socio Aderente riceverà la nostra Rivista "Cardiology Science" e sarà messo al corrente di tutte le iniziative SICOA per la partecipazione a Congressi e Convegni organizzati dall'Associazione



SEDE NAZIONALE

Via B. Verro, 14 • 20141 Milano
Tel.: 02 8322218 • Fax: 02 89413234
E-mail: sicoa@sicoa.net • www.sicoa.net