AL PRESIDENTE

DELLA SOCIETA’ ITALIANA AEROBIOLOGIA MEDICINA AMBIENTE

(già ASSOCIAZIONE ITALIANA DI AEROBIOLOGIA)

Il sottoscritto...........................................................................................................................................................

residente a……………......................................…...........loc.................................................................................

prov.............................cap....………...….in via.....................................................................n...............................

Codice Fiscale………………………………………………………………………………………………………………

tel.……………………….…………….……cell……………………………..………….fax...........…………….............

e-mail ........................................................................@........................................................................................

laurea in........................................................…………………….………................................................................

in servizio presso (indicare Ente di appartenenza)

……………………………………………….……………………………………………………………………………..

indicare struttura, U.O., Dipartimento ecc.……………………….....................................................……………....

via..........................................……..…………......n..............cap.....................Città……………………………..………

tel.……………………….…………….……cell……………………………..………….fax...........……………...........…..

e-mail ........................................................................@........................................……………………………..........

* Rinnova l’iscrizione per l’anno 2023 effettuando il pagamento della quota sociale.

(quota associativa annuale di 50 Euro)

* Richiede l’ammissione in qualità di Socio Ordinario alla Società Italiana di Aerobiologia Medicina e Ambiente anno 2023 allegando un breve curriculum vitae, la sottoscrizione di due soci presentatori ed effettuando il pagamento della quota sociale (quota associativa annuale di 50 Euro)

Soci presentatori

....................................................... Firma ..................................................…..............................

 ....................................................... Firma .....................................................................................

 Firma

..............…….......lì..............……....... .....................................………….........………..………

* Ai sensi della legge 675/96, integrata e modificata con Decreto legislativo 196/2003, il sottoscritto autorizza SIAMA al trattamento dei dati personali (barrare la casella).

 …………………………………………………

 Firma

Modalità di effettuazione pagamento quota sociale

* **BONIFICO BANCA GENERALI PRIVATE** - Intestato a: Società Italiana Aerobiologia Medicina e Ambiente (SIAMA)

IBAN: IT02U0307502200CC8500845084

 Effettuato in data ………………………………

Attenzione: nella causale del versamento del Bonifico Bancario devono essere specificati chiaramente: cognome, nome ed anno al quale si riferisce il pagamento della quota sociale.

Inviare copia della ricevuta che attesti l’avvenuto pagamento all’indirizzo mail segreteria@ilpolline.it – segretario@ilpolline.it