

RICHIESTA ADESIONE A SOCIO

SI-PREGA- CORTESEMENTE DI-SCRIVERE-ELETTRONICAMENTE(o leggibile)

OBBLIGATORIO L' INVIO DI UN DOCUMENTO D' IDENTITA'

COGNOME	NOME			
COD. FISCALE (16 caratteri)				
LUOGO DI NASCITA - CITTA'	PROV * SIGLA	GG *	MESE *	ANNO*
INDIRIZZO PRIVATO VIA, N. CIVICO	CITTA'		F	PROVINCIA
RECAPITI TELEFONICO tel./fax			CELLULARE	
ALEGATITI TELEFORICO CONTUN		<u> </u>	CLECLANE	
INDIRIZZO E-MAIL				
SPECIALIZZAZIONE				
SEDE LAVORATIVA (ospedale - citta')	REPARTO		TELEFONO	1
QUALIFICA/AFFILIAZIONE	<u> </u>			
VS. NOTE (facoltativo)				
Ai sensi della legge 675/90 e successive modifich trattamento dei dati forniti, che verranno utilizza all'inserimento di essi nell'area riservata del sito newsletter	ti solo per i fini statutari de	ll'Associazione e	е	
Firma leggibile			Data	
ONFERMARE LA PROPRIA ADESIONE SI PREGA V BILE ESSERE INSERITI NELL'ELENCO SOCI	ERSARE QUOTA ISCRIZION	ie: € 50,00 annu <i>a</i>	LI , SENZA LA QUAI	LE NON SARA

Segreteria Cleo – Club Epatologi Ospedalieri Via Piave 110/7 65122 Pescara Tel. 3384797313 (Alberta Lolli Ghetti)

QUESTIONARIO: (facoltativo) s_e_g_n_a_l_a_re_i_c_a_m_pi__di_v_ostro_in_teresse:__ o epatite B o epatite C epatiti autoimmuni ipertensione portale steatosi e sindrome metabolica diagnostica virologica fegato e farmaci colestasi cirrosi biliare tesaurismosi e dismetabolismi emocromatosi patologia biliare diagnostica x immagini radiologia interventistica endoscopia chirurgia trapianti altro