

RINNOVO ISCRIZIONE S.I.C.P.

Nome Cognome

.....

indirizzo presso cui

lavora

.....

.....

Tel. Fax e-

mail.....

indirizzo abitazione

.....

.....

.....

Tel. Fax e-

mail.....

Quota di iscrizione 2010 Euro 100

Quota di iscrizione 2009 Euro 100

Quota di iscrizione 2008 Euro 100

Quota di iscrizione 2007 Euro 77

(Soci < 35 e > 65 quota di iscrizione 50 euro)

ALTRO

Totale:

/ Euro

1. Bonifico Bancario a: Società Italiana di CHirurgia Pediatrica Monte dei Paschi di Siena

Piazza Salinbeni Siena Codice Conto 0000257743.82 Codice ABI 1030 Codice CAB 14239 IBAN IT 05 A 01030 14239 000025774382 Codice Filiale 06000

2) Mastercard o VISA card:

N°

Data di Scadenza:..... Firma.....

3) Conto corrente postale n. 42618009 intestato a : Società Italiana di Chirurgia Pediatrica – Ospedale “ Bambino Gesù “ Piazza S. Onofrio , 4 – 00165 Roma

Il modulo insieme allo stampato di concessione “trattamento dati personali “, deve essere spedito per posta o inviato per fax (0815666683) a :

**Prof. Alfonso Papparella Tesoriere S.I.C.P.
Chirurgia Pediatrica II Università' di Napoli
Via. S. Pansini 5 80131 Napoli**