Società Italiana
Medicina d'Emergenza-Urgenza

Società scientifica dei medici d'urgenza, pronto soccorso, emergenza territoriale e delle catastrofi

Iscrizione

Quote associative - soci ordinari **2005**:
- strutturati (dirigenti medici) **60,00 €**
- non strutturati **45,00 €**
  (medici a convenzione, specializzandi, ecc.)

Il versamento può essere effettuato mediante:
- **carta di credito** (Carta SI – circuiti Visa / Eurocard-Mastercard)
- **assegno non trasferibile** intestato a SIMEU-Società Italiana di medicina d'emergenza-urgenza
- **bonifico bancario** intestato a SIMEU, codice IBAN: IT68R0623001606000030304541, presso CA.RI. Parma e Piacenza, Agenzia 15, Via Gustavo Modena, 22 - 20129 Milano (indicare con precisione nel bonifico: cognome, nome e regione)

In tutti i casi la scheda (con eventuale copia del bonifico bancario, dell'assegno o della ricevuta della segreteria regionale) deve essere inviata alla Segreteria nazionale (fax 02 6690117) oppure consegnata al Presidente regionale: la sezione regionale dovrà quindi far pervenire copia di schede, bonifici, assegni e ricevute alla Segreteria nazionale.

Richiesta / Rinnovo associazione Anno **2005** Regione _____

SOCI	**NUOVI SOCI - SOCI CHE HANNO CAMBIATO INDIRIZZO - SOCI CHE RICEVONO IRREGOLARMENTE LA POSTA DA SIMEU**
Compilare (in stampatello) solo le voci dei campi **1**, **5**, **6**	Compilare (in stampatello) tutte le voci Nuovi soci: allegare breve curriculum (max 2 pagine) con elenco pubblicazioni

1. COGNOME ..... NOME .....

LUOGO E DATA DI NASCITA ..... ANNO DI LAUREA .....

COD. FISCALE .....

2. QUALIFICA PROFESSIONALE .....

SPECIALISTA IN .....

3. DOMICILIO VIA .....

CAP..... CITTÀ ..... PROV.....

TEL. ..... FAX ..... CELL ..... E-MAIL .....

4. INDIRIZZO LAVORO: REPARTO / SERVIZIO .....

OSPEDALE .....

VIA .....

CAP ..... CITTA' ..... PROVINCIA .....

TEL. ..... FAX..... E-MAIL .....

5. QUOTA ISCRIZIONE VERSATA: ☐ 60,00 EURO – SOCI STRUTTURATI ☐ 45,00 EURO – SOCI NON STRUTTURATI

VERSAMENTO EFFETTUATO IN DATA ..... TRAMITE

☐ CARTA DI CREDITO ☐ VISA ☐ EUROCARD-MASTER CARD

SCADENZA ☐☐■☐☐ N. ☐☐☐☐■☐☐☐☐■☐☐☐☐■☐☐☐☐

☐ ASSEGNO NON TRASFERIBILE INTESTATO A SIMEU-SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA

☐ BONIFICO (CA.RI. Parma e Piacenza, Agenzia 15, Milano - cod. IBAN IT68R0623001606000030304541) - ALLEGARE COPIA

☐ SEZIONE REGIONALE - ALLEGARE COPIA DELLA RICEVUTA

La Legge n. 675 del 31.12.96 tutela il diritto di privacy sui dati personali raccolti con questa scheda.
☐ Il socio esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le attività della SIMEU in accordo con le finalità statutarie

6. DATA ..... FIRMA .....

Inviare a
Segreteria SIMEU, Via Vittor Pisani 10, 20124 Milano
tel 02 67077483, fax 02 6690117, segreteria@simeu.it

S I M E U
società italiana di medicina d'emergenza-urgenza
sede legale: via G. Marconi, 71
40122 BOLOGNA

Segreteria Nazionale
Via Vittor Pisani,10
20124 MILANO
c.f. 91206690371
P.I. 02272091204

tel. 0039 02 67077483
fax 0039 02 6690117
e-mail: segreteria@simeu.it