Società Italiana Medicina d'Emergenza-Urgenza

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

Modulo d'iscrizione all'Associazione

Quote associative - soci ordinari:

- strutturati (dirigenti medici) **80,00 €**
- non strutturati (medici a convenzione, precari, specializzandi) **60,00 €**
- infermieri **30,00 €**

Il versamento può essere effettuato con:

– **CARTA DI CREDITO** (Visa, Mastercard, etc…);

– **ASSEGNO non trasferibile** intestato a **SIMEU** - Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza

– **BONIFICO** intestato a SIMEU:
IBAN: IT25A0306909548100000004634
c/c 100000004634, ABI 03069 ,CAB 09548 , CIN A, c/o Intesa Sanpaolo, Ag.40, Via Pirelli - 20124 Milano (indicare con precisione: 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 **2010** Regione .....

SOCI:	Compilare (in stampatello) solo le voci dei campi **1, 5, 6**
NUOVI SOCI:	Compilare (in stampatello) tutte le voci e allegare breve curriculum con elenco pubblicazioni
SOCI CHE HANNO CAMBIATO INDIRIZZO E SOCI CHE RICEVONO IRREGOLARMENTE LA POSTA:	Compilare (in stampatello) tutte le voci

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

SESSO: MASC ☐ - FEMM ☐ NASCITA: DATA ..... PROV ..... LUOGO .....

COD. FISCALE ..... ANNO LAUREA .....

2. **QUALIFICA PROFESSIONALE:** ☐ DIRETTORE DIPARTIMENTO ☐ DIRETTORE U.O. COMPLESSA ☐ RESPONSABILE U.O. SEMPLICE ☐ DIRIGENTE MEDICO ☐ INFERMIERE

SPECIALISTA IN .....

3. **DOMICILIO**: VIA .....

CAP ..... PROV ..... LOCALITÀ .....

TEL. ..... FAX..... CELL .....

INDIRIZZO E-MAIL .....

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

OSPEDALE .....

VIA .....

CITTÀ ..... PROVINCIA ..... CAP .....

TEL. ..... FAX ..... CELL.....

INDIRIZZO E-MAIL .....

5. **QUOTA ISCRIZIONE**: ☐ **80 € – SOCI STRUTTURATI** ☐ **60 € – SOCI NON STRUTTURATI** ☐ **30 € – SOCI INFERMIERI**

VERSAMENTO EFFETUATO IN DATA ..... **TRAMITE:**

☐ **CARTA DI CREDITO DEL CIRCUITO**: ☐ VISA ☐ EUROCARD-MASTER CARD

SCADENZA: MESE ☐☐ ANNO ☐☐ **NUM.** ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

CODICE DI SICUREZZA **CV2** (CODICE DI 3 CIFRE RIPORTATO SUL RETRO DELLEA CARTA) ☐☐☐

☐ **ASSEGNO NON TRASFERIBILE:** INTESTATO A SIMEU – SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA

BONIFICO (Intesa Sanpaolo, Agenzia 40, Milano – c/c n. 100000004634, ABI 03069, CAB 09548, CIN A)

IBAN: IT25 A 03069 09548 100000004634 – ALLEGARE COPIA DEL BONIFICO

☐ **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 e in accordo con le finalità statutarie.

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

Inviare a **Segreteria SIMEU**,
Via Vittor Pisani 10, 20124 Milano
Fax 02-6690117 - **E-mail** segreteria@simeu.it

SIMEU
Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza
Sede Legale e 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