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 per i soci ordinari:
- strutturati (dirigenti medici) **80,00 €**
- non strutturati (medici a contratto, precari, specializzandi) **60,00 €**
- infermieri **30,00 €**

Il versamento può essere effettuato con:
– **CARTA DI CREDITO** (Cartasì, 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: cognome, nome, regione).

In tutti i casi la scheda (con eventuale copia di bonifico bancario, assegno o ricevuta della segreteria regionale) deve essere inviata alla Segreteria nazionale (fax 02-67739008) oppure consegnata al Presidente regionale.
La sezione regionale deve far pervenire copia di schede, bonifici, assegni e ricevute alla Segreteria nazionale.

Richiesta associazione	NUOVO SOCIO ☐ - RINNOVO ANNUALE ☐	**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 O 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** (IMPORTI DAL 2009): ☐ **80 € SOCI STRUTTURATI** ☐ **60 € SOCI NON STRUTTURATI** ☐ **30 € – SOCI INFERMIERI**

Verso la quota per anno/i: 2005 (30€) ☐ - 2006 (30€) ☐ - 2007 (30€) ☐ - 2008 (60€) ☐ - 2009 ☐ - 2010 ☐ - 2011 ☐ - 2012 ☐

Totale importo versato: €…… **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** 02-67739008 - **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 67739008
e-mail: segreteria@simeu.it