

Tesseramento anno 2024**SCHEDA DI ADESIONE**
*Nuovo associato***DATI PERSONALI***Tutti i campi sono obbligatori. Si prega di scrivere in stampatello.*

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ data di nascita _____

Codice fiscale _____

Professione _____ Disciplina _____

Struttura di appartenenza _____

Indirizzo lavoro Via _____ n. Civico _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono _____ Regione _____

E-mail lavoro _____

Indirizzo privato Via _____ n. Civico _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Cellulare _____ e-mail _____

CHIEDO

di aderire alla Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale COMLAS per l'anno in corso in qualità di socio ordinario e mi impegno al pagamento della quota associativa (COMLAS si riserva di comunicare il rigetto della domanda e provvedere contestualmente al rimborso della quota eventualmente versata).

☐**PAGAMENTO DELLA QUOTA €100,00**☐**ABBONAMENTO ANNUALE ALLA RIVISTA "DECIDERE IN MEDICINA" €40,00**

Specificare il proprio ruolo:

☐**MEDICO LEGALE:**☐**A RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE CON S.S.N.**☐**IN SERVIZIO C/O STRUTT. MEDICO LEGALI CONVENZIONATE S.S.N. DI VARIA TIPOLOGIA**☐**DIPENDENTE**☐**CONVENZIONATO**☐**IN SERVIZIO O IN CONVENZIONE C/O:**☐**STRUTTURA MEDICO LEGALE**☐**STRUTTURA DI GESTIONE RISK MANAGEMENT**☐**ALTRA TIPOLOGIA (SPECIFICARE)** _____☐**MED. LEG. EX S.S.N.
IN QUIESCENZA**☐**MED. LEG. LIBERO
PROFESSIONISTA**☐**ASSISTENTE IN FORMAZIONE PRESSO** _____☐

Ho effettuato **BONIFICO BANCARIO / VERSAMENTO POSTALE** su C.C.P. a favore di "Società Scientifica COMLAS" su conto corrente postale n. 001020713069

ABI 07601 - CAB 10200 - IBAN: IT19F0760110200001020713069

CAUSALE "Quota associativa 2024".

N.B. (Per versamento postale utilizzare solo il n. di conto. Per bonifico utilizzare anche ABI, CAB, IBAN).☐Autorizzo Publiedit s.a.s., in qualità di Tesoreria Nazionale del COMLAS ad addebitare l'importo sulla mia **CARTA di CREDITO:**☐**Visa**☐**CartaSI**☐**MasterCard**

Mese / Anno

Carta n. _____ Data di scadenza _____

Data _____ Firma leggibile _____

Allegare la fotocopia del documento di identità.**INVIARE LA PRESENTE SCHEDA ALLA E-MAIL DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA COMLAS: info@comlas.org****Infoline 017167224 - e-mail: info@comlas.org - sito internet: www.comlas.org**

Tesseramento anno 2024

SCHEDA DI ADESIONE
Nuovo associato

La corrispondenza dovrà essere inviata:

☐ luogo di lavoro

☐ indirizzo privato

BREVE CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM

PRIVACY

☐ Autorizzo la COMLAS (in qualità di titolare) e la Segreteria Organizzativa COMLAS Publiedit s.a.s (in qualità di Responsabile dei dati) ad inserire i miei dati nelle sue liste, per il trattamento degli stessi a fini associativi, fiscali, divulgativi e/o scientifici. In ogni momento, a norma del Regolamento Comunitario 679/2016/UE potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo. Informativa disponibile sul sito www.comlas.it

Firma _____

INVIARE LA PRESENTE SCHEDA ALLA E-MAIL DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA COMLAS: info@comlas.org

Infoline 017167224 - e-mail: info@comlas.org - sito internet: www.comlas.org