

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Abitazione  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Dove lavoro  
Ente \_\_\_\_\_  
Reparto \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

Laure in Medicina e Chirurgia

- Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia
- Medico in Formazione in Ortopedia e Traumatologia

### CHIEDO

di essere affiliato in qualità di Socio Ordinario alla Società SIFE, accettando lo Statuto e il regolamento della stessa, che implica il pagamento della quota associativa pari a € 60,00 e la partecipazione attiva alla vita della Società.

#### Modalità di Pagamento:

Bonifico Bancario intestato a SIFE e indicando nella descrizione nome cognome e anno di sottoscrizione: IBAN IT38Y0100511300000000000748

INFORMATIVA EX [ART. 13](#) D. LGS. 196/2003 E CONSENSO

Ai sensi della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, presa visione della nota informativa ex Art. 13 D.Lgs. 196/2003 sulle modalità di trattamento dei dati personali dei Soci SIFE, Lei autorizza l'inserimento dei Suoi dati nel database elettronico della SIFE, nonché il loro successivo trattamento, anche per via telematica.

In mancanza di questa formale autorizzazione, la procedura di iscrizione non potrà procedere.

Le sarà possibile, in qualunque momento, modificare i Suoi dati collegandosi al sito [www.sifeitalia.org](http://www.sifeitalia.org)

SIFE

Uffici: c/o MZ Congressi Via Carlo Farini 81 – 20159 Milano

CF e PIVA: 06657350960

[www.sifetalia.org](http://www.sifetalia.org)

[segreteria@sifeitalia.org](mailto:segreteria@sifeitalia.org)

tel. 02-66802323