



MODULO DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Professore ordinario o straordinario | <input type="checkbox"/> Professore associato |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore a tempo _____ | <input type="checkbox"/> Assistente universitario |

CHIEDE

di essere iscritto al "COLMED", in ottemperanza a quanto previsto dalle norme dello Statuto, approvato dall'Assemblea del 27 ottobre 2014.

Il/la sottoscritto/a fornisce inoltre le seguenti informazioni, che saranno trattate dalla Giunta Esecutiva nel più rigoroso rispetto della legge sulla privacy (Decreto leg.vo 196/2003) e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679, l'informativa completa è disponibile sul sito www.colmed.it all'indirizzo <http://www.colmed.it/news.interna.php?notizia=153>

Indirizzo completo di lavoro: _____

Telefono/i di lavoro: ____/____/____; Fax ____/____

Cellulare: ____/____; Email _____

Indirizzo privato: _____

CAP _____ Città _____

Consapevole di quanto previsto dallo Statuto e dal Codice Etico, il/la sottoscritto/a versa la propria quota associativa, che per il 2022 è la seguente:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| - Professori Ordinari e Straordinari | <input type="checkbox"/> Euro 70,00 |
| - Professori Associati | <input type="checkbox"/> Euro 60,00 |
| - Ricercatori ed Assistenti Universitari | <input type="checkbox"/> Euro 50,00 |

Effettuo il versamento:

- con bonifico bancario codice IBAN IT 43 H 02008 05227 000011589138 intestato al COLMED/09 presso la Unicredit Agenzia 153 – Università Sapienza Roma
- sul conto corrente postale n. 61768453 intestato a Collegio dei Docenti Universitari di Medicina Interna COLMED-09 codice IBAN IT 20 J 07601 03200 000061768453
- carta di credito: American Express Visa/MasterCard/CartaSi/EuroCard

n. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | scadenza | | | | | CVV2 | | | | |

intestata a:

FIRMA DEL DOCENTE _____ DATA ____/____/____

Da compilare e restituire per posta al COLMED c/o SIMI Viale dell'Università 25 – 00185 Roma o per fax al numero 06.44.34.04.74 oppure via e-mail a segreteria@colmed.it