

# SOCIETÀ ITALIANA DI EMOREOLOGIA CLINICA E MICROCIRCOLAZIONE

## **DOMANDA DI AMMISSIONE**

COGNOME..... NOME.....

NATO A..... IL .....

LAUREA IN..... IL .....

SPECIALIZZAZIONE .....

ISTITUZIONE DI APPARTENENZA.....

RESIDENZA (Via e n. civico, Cap, Città).....

TEL..... FAX..... E-MAIL.....

Data..... Firma .....

Dichiarazione ai sensi della Legge sulla Privacy del Decreto lgs. 196/2003.

Dichiaro che i dati personali sopra indicati sono veri; ne autorizzo l'inserimento nella banca dati della SIECM ed il loro uso nell'ambito e per lo svolgimento delle finalità statutarie, inclusa la comunicazione a terzi (enti scientifici, società di servizio organizzativo congressuale, riviste scientifiche, pubblicazione su siti web di società scientifiche) per fini divulgativi, scientifici, promozionali, congressuali, seminari e di aggiornamento, compreso l'invio di materiale programmatico e didattico a dette manifestazioni connesso. Mi impegno altresì a comunicare mediante raccomandata ogni variazione ed eventuali limitazioni al loro utilizzo.

Firma .....

*Segreteria*

G.C. CONGRESSI – Via P. Borsieri 12 – 00195 Roma – Tel. **06 3729466** – Fax **06 37352337**

E-mail: **siecm@email.it**