



Sodalizio Lombardo
Ortopedici Traumatologi Ospedalieri

S.L.O.T.O. Sodalizio Lombardo Ortopedici Traumatologi Ospedalieri

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto,

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

QUALIFICA _____

SPECIALIZZAZIONE _____

ENTE _____

VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____

(PRIVATO)

VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____

Chiedo di essere iscritto alla S.L.O.T.O. (Sodalizio Lombardo Ortopedici Traumatologi Ospedalieri) versando **la quota associativa di**

O € 50,00 Socio Ordinario O € 30,00 Specializzando

Per pagamento tramite bonifico bancario:

S.L.O.T.O. - Unione di Banche Italiane S.C. P.A. - Agenzia Milano Menotti -

Via Ciro Menotti 21 - 20129 Milano

IBAN IT 49R031110165700000082165

Si prega di inviare copia della scheda debitamente compilata e accompagnata da copia del bonifico a
Keep International, Via Giuseppe Vigoni, 11 - 20122 Milano
via fax (n.0254124871) o via e-mail (sloto@keepinternational.net)

I dati anagrafici indicati potranno essere utilizzati per l'invio di materiale informativo pubblicitario o promozionale per effettuare analisi di mercato ed elaborazioni statistiche da parte di Keep International o di altre aziende del settore biomedicale.

Data _____ Firma _____