



MODULO D'ISCRIZIONE ALLA SOCIETA' ITALIANA DI VIDEOCHIRURGIA INFANTILE

Nome:..... Cognome:.....

Nato/a a:.....il.....

Domiciliato in:..... Città:..... CAP:.....

Tel:.....Cell:.....E-mail:.....

C.F.:.....

In servizio presso:.....di:.....

Chiede di iscriversi alla Società Italiana di Videochirurgia Infantile (S.I.V.I.)

Nei righi sottostanti sono indicati i nomi dei due soci SIVI presentatori (stampatello + firma)

SOCIO 1: Firma:.....

SOCIO 2: Firma:.....

*Allego alla seguente domanda la copia del bonifico del versamento
della quota sociale di 100/00 Euro.*