



## Associazione Medicina e Complessità

### DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNUALE

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante (o specificare la posizione ricoperta di seguito \_\_\_\_\_) dell'Associazione: \_\_\_\_\_ richiede l'iscrizione ad AMeC, Associazione Medicina e Complessità (validità di un anno solare), e a tal fine fornisce i seguenti dati:

#### Dati anagrafici

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tel. cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

#### Informazioni Associazione

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, in qualità di Legale Rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_

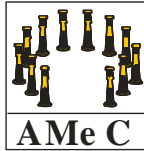
dichiara di aver preso visione e di sottoscrivere lo statuto dell'Associazione AMeC scaricabile dal sito [www.amec.eu](http://www.amec.eu) alla pagina **Statuto e Atto costitutivo**.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### NOTE PRIVACY

Inviando la presente scheda compilata, autorizzo la Segreteria Organizzativa Smile Tech e l'Associazione AMeC al trattamento dei miei dati personali. Responsabile del trattamento dei dati è l'Associazione AMeC nella figura del suo Legale Rappresentante. Fatti salvi i miei diritti circa la conservazione, modifica e cancellazione dei dati da me inviati ex D. Lgs. 196/2003 e sue successive modifiche.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## Associazione Medicina e Complessità

### QUOTA DI ISCRIZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

La quota di iscrizione (validità di un anno solare) ammonta a:  
Associazioni di Volontariato (iscritte al registro regionale del volontariato): € 15,00  
Associazioni di Promozione Sociale: € 50,00

Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario, previa conferma dell'accettazione della richiesta di iscrizione.

#### COORDINATE BANCARIE:

Banca di Cividale spa, Agenzia di Corso Italia 3, Trieste  
c/c intestato a: AMeC – Associazione Medicina e Complessità  
IT/65/E/05484/02201/074570421252

Il modulo, compilato in tutte le sue parti, e la ricevuta del bonifico bancario effettuato dovranno essere spediti via fax alla Segreteria Organizzativa Smile Tech srl al numero **040 3487023**.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti contattare il coordinamento:

#### SMILE TECH srl

Via Valdirivo, 19  
34134 Trieste  
Tel.: 040 3499050  
Fax: 040 3487023  
E-mail: [amec@smileservice.it](mailto:amec@smileservice.it)