



Associazione Medicina e Complessità

DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNUALE

Il sottoscritto, _____, in qualità di Legale Rappresentante (o specificare di seguito la posizione ricoperta _____) dell'Azienda/Ente

_____ 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 Azienda/Ente

Ragione sociale _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Telefono _____ / _____ Fax _____ / _____

E-mail _____

Il sottoscritto, in qualità di Legale Rappresentante dell'Azienda/Ente _____

dichiara di aver preso visione e di sottoscrivere lo statuto dell'Associazione AMeC scaricabile dal sito 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, valida un anno solare, ammonta a **€ 300,00**, comprensiva della pubblicazione del logo dell'Azienda/Ente sul sito www.amec.eu nella sezione **Sponsor**.

A tal fine chiediamo cortesemente di inviarci il logo dell'Azienda/Ente in jpg, bmp con la risoluzione per la stampa, di alta qualità (300dpi).

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 07457 0421 252

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