



Società Italiana di Medicina
di Genere nelle Neuroscienze

**MODULO DI ISCRIZIONE
ALLA SOCIETA' S.I.Me.Ge.N**

NOME _____

COGNOME _____

ATTIVITA'/QUALIFICA _____

STRUTTURA DI APPARTENENZA _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

CITTA' _____ PR. _____

TELEFONO _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

chiede l'iscrizione alla S.I.Me.Ge.N

DATA _____ FIRMA _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi dell'art. 13, dlgs. 30 giugno 2003 n. 196 e consente al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e delle finalità specificate nell'informativa. Ha preso altresì visione di quanto previsto dall'art. 7 del citato dlgs. N. 196/2003 in relazione ai diritti a me riservati dalla normativa sulla "privacy".

Istruzioni:

1. Compilare il presente modulo in stampatello e inviare alla Segreteria S.I.Me.Ge.N. c/o More Comunicazione srl (Via Cernaia 35, 00185 Roma) per e-mail all'indirizzo: simegen@morecomunicazione.it oppure via fax al numero: 06.94443440
2. Versare la quota associativa annuale di € 50,00 tramite bonifico bancario sul c/c intestato a Simegen, IBAN IT04S0200804621000104403469

L'accettazione dell'iscrizione è subordinata alla ricezione del pagamento della quota associativa.