

Al Presidente della SIDeMaST

_____, li _____

Il/La sottoscritto/a Dr./Prof. _____

Nato/a a _____ in data _____

Codice Fiscale _____

Via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ e.mail _____

- laurea in _____
- specializzazione in Dermatologia e Venerologia
- specializzando in Dermatologia e Venerologia
- in discipline affini _____
- Osp./Ist./Dip. _____

Indirizzo _____

Tel: _____ Fax _____ e.mail _____

- Libero Professionista

Chiede di far parte della SIDeMaST quale Socio Ordinario

Firma _____

Soci Presentatori (2)

1) Nome e Cognome

2) Nome e Cognome

Firma _____

Firma _____

- Autorizzo la pubblicazione dei dati sopra riportati
- Non autorizzo la pubblicazione dei dati sopra riportati

Firma _____

Da inviare alla Segreteria SIDeMaST
Via A. Moro, 22
25121 Brescia