
	Società Italiana di Medicina di Laboratorio Componente della <i>World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine</i>	Certificata ISO 9001:2000 
MO 22 Quote associative		

QUOTE ASSOCIATIVE SIMeL ANNO 2010**

in vigore secondo delibera del Consiglio Nazionale di Riva del Garda (TN) del 24-10-2007

- **SOCIO ORDINARIO MEDICO** (laurea in Medicina): € 75,00
 - ⇒ < 35 anni € 50,00
 - ⇒ Specializzando € 40,00
 - ⇒ *se Socio AME* € 60,00

*su delibera del Consiglio Nazionale a Monza il 30 gennaio 2009 e del CD-AME il 20-02-2009

- **SOCIO ORDINARIO TECNICO DI LABORATORIO:** € 25,00

- **SOCIO ORDINARIO SPECIALISTA in DISCIPLINE SCIENTIFICHE:** € 50,00
(laurea in Biologia /Chimica/....)

⇒ *se Socio AME* € 45,00

*su delibera del Consiglio Nazionale a Monza il 30 gennaio 2009 e del CD-AME il 20-02-2009

⇒ Specializzando e/o Non Strutturato* € 40,00

*su delibera del Consiglio Nazionale a Milano il 25-26 gennaio 2008

****stesse QUOTE ASSOCIATIVE dell'Anno 2009**

  <p>SIMeL SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA DI LABORATORIO</p>	<p>Società Italiana di Medicina di Laboratorio Componente della World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine</p>	<p>Certificata ISO 9001:2000</p>  
<p>MO 23 Modalità pagamento quota associativa</p>		

Modalità di pagamento della QUOTA ASSOCIATIVA

1) Bonifico bancario intestato alla Società Italiana di Medicina di Laboratorio c/o la UNICREDIT BANCA S.p.A. - filiale di Castelfranco Veneto (TV) – Corso XXIX Aprile n.19
Paese: IT CIN EUR: 37 CIN: L ABI: 02008 CAB: 61563 n° Conto: 000005059477
(IBAN): **IT 37 L 02008 61563 000005059477**

N.B.: si prega di inviare copia del versamento effettuato al fax 0423-740715

2) c/c postale n. 17279316 intestato a: SIMeL Società Italiana Medicina di Laboratorio – Via Ponchini n.17/7 – 31033 Castelfranco Veneto (TV).

N.B.: si prega di inviare copia del versamento effettuato al fax 0423-740715

3) Carta di credito: per chi sceglie il pagamento con carta di credito, questo modulo va compilato in stampatello, firmato e restituito alla **Segreteria Nazionale SIMeL** all'indirizzo sotto indicato.

Il sottoscritto

Codice fiscale: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

versa la quota associativa per l'anno per l'importo di Euro

con Carta di Credito (*non di tipo elettronica*): CARTASI' VISA EUROCARD/MASTERCARD

Autorizzo la Società Italiana di Medicina di Laboratorio ad addebitare l'importo sul conto della carta di credito n. _ _ _ _ _ con scadenza

Codice di sicurezza CCV2 (codice di 3 cifre stampato sul retro della carta di credito) n. _ _ _

Intestata a

data di nascita luogo di nascita

Codice fiscale: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Indirizzo al quale è inviato l'estratto conto della carta di credito:

.....

Data firma

Informativa: ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196, si informa che i Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo, per l'espletamento delle procedure di iscrizione, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto ad opporsi a tale trattamento (art.7). SIMeL, nella persona del Suo Legale Rappresentante, è titolare del trattamento dei dati personali che sono essenziali per lo svolgimento dell'attività per cui, in caso di diniego del trattamento dati, si determinerà l'impossibilità della SIMeL a fornire la benchè minima prestazione.