



Al Consiglio Direttivo Società Italiana Ustioni

Il sottoscritto: _____

nato/a a: _____ il _____

Residente in: _____ Via: _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

Qualifica: _____

Dipendente presso: _____

Chiede di iscriversi alla Società Italiana Ustioni

Data: _____

Firma: _____

Soci ordinari che presentano il richiedente:

1).....

2).....

N.B. L'accoglimento della richiesta di iscrizione alla Società, sarà perfezionato solo dopo il riscontro dell'avvenuto pagamento della quota sociale.

Quota associativa annuale: Medici €50,00 – I.P. e Fisioterapisti €30,00

Contanti Bonifico (Causale: Nome cognome – Quota associativa SIUST anno _____)

IBAN: IT75 Q030 150 320 000 000 3696 354