



## **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:** \_\_\_\_\_

**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**