



Società Italiana di Flebologia emodinamica (SIFE)

QUOTE DI ISCRIZIONE

- **Per i medici oltre i 10 anni di laurea (no MMG)** la quota annuale è **€ 50,00**.
- **Per tutti coloro che rientrano nelle tipologie sotto elencate**, la quota **biennale** è **€ 50,00**.
 - Medici fino a 10 anni dalla Laurea
 - Medici di Medicina Generale (MMG)
 - Laureati nelle Professioni Sanitarie
 - Ingegneri Biomedici
- **Per tutti coloro che rientrano nelle tipologie sotto elencate**, la quota di iscrizione è **gratuita** fino alla laurea
 - Iscritti alla Facoltà di Medicina agli ultimi 2 anni
 - Iscritti a Facoltà Professioni Sanitarie ultimo anno

Per perfezionare l'adesione, La invitiamo a versare la quota associativa:

tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate:

Intestatario:

SIFE – Società Italiana di Flebologia Emodinamica, Via Aurelio Lampredi n. 81 – 57121 Livorno (Li)

IBAN: IT 78 X 06370 13900 000010017150

BIC: CRVOIT3V

Causale: Quota associativa SIFE [qualifica] – [Nome e Cognome]

.....
Dopo avere effettuato il pagamento, La preghiamo di inviare copia della contabile alla **Segreteria Lamb** all'indirizzo: info@accademiamedica.eu

Per info contattare la Segreteria Lamb 0918778682



Società Italiana di Flebologia Emodinamica (SIFE)

Scheda di Adesione

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso come socio della **Società Italiana di Flebologia emodinamica - SIFE** dichiarando di condividerne gli scopi scientifici e culturali e di voler collaborare attivamente alle attività associative.

DATI PERSONALI

Cognome e Nome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale: _____ Partita IVA (se presente): _____

RECAPITI

Indirizzo di residenza: _____ Città _____ Provincia: _____ CAP _____

Telefono cellulare: _____ E-mail: _____

LAUREA _____ SPECIALIZZAZIONE _____

☐ STUDENTE ISCRITTO AL 5° O 6° ANNO DI MEDICINA (sede) _____

☐ STUDENTE ISCRITTO ALL'ULTIMO ANNO PROF. SANITARIE (sede) _____

SEDE PROFESSIONALE / STUDIO MEDICO

Sede Attività _____

Indirizzo studio: _____ Città _____ Provincia: _____ CAP _____

Telefono cellulare: _____ E-mail: _____

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Posizione lavorativa (barrare una/più opzioni): ☐ Libero Professionista ☐ Dipendente pubblico ☐ Convenzionato SSN

☐ Altro: _____

Aree di attività prevalenti (barrare/indicare):

☐ Chirurgia Vascolare ☐ Attività Ambulatoriale ☐ Flebologia ☐ Flebologia Emodinamica ☐ Linfologia ☐ Lipedema ☐ Nutrizionistica

☐ Fisioterapia ☐ Bio Ingegneria ☐ Professioni Sanitarie (indicare quale) _____

ALTRE APPARTENENZE SCIENTIFICHE

Fa parte di altre Società scientifiche? Sì (specificare): _____ ☐ No

COLLABORAZIONE CON LA SIFE - Regione in cui intende collaborare attivamente: _____

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati riportati nella presente scheda corrispondono a verità, e si impegna a rispettare lo Statuto e il Regolamento della Società Italiana di Flebologia Emodinamica (SIFE).

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000, la presente scheda ha valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà.

Luogo e data: _____ Firma leggibile: _____