SOCIETÀ ITALIANA DI COLPOSCOPIA E PATOLOGIA CERVICO VAGINALE S.I.C.P.C.V.

affiliata alla I.F.C.P.C.

International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy

**QUOTA ASSOCIATIVA**

**MODULO ISCRIZIONE NUOVO SOCIO / RINNOVO**

Il sottoscritto nato a il

residente in via \_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

laureato in il spec.

luogo di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

porge domanda per Iscrizione alla **Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico Vaginale**:

* RINNOVO QUOTA SOCIALE ANNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(dichiara di essere in regola con le quote precedenti)*
* NUOVO SOCIO, PRIMA ISCRIZIONE *(dichiara di condividere le finalità dell’Associazione e l’impegno ad osservare lo statuto della Società)*

La quota associativa annuale è di € 100,00 essa dà diritto a:

* + presentare domanda per diventare socio effettivo della SICPCV
  + partecipare gratuitamente al Congresso Nazionale annuale della Società
  + accesso alla sezione riservata del sito societario
  + esame di accreditamento professionale in colposcopia

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Istruzioni per il pagamento della quota associativa:

* Il bonifico bancario va effettuato sul c/c intestato alla SICPCV: Coordinate

IBAN: IT 13 H 060 8510 3290 0000 0020 578 *Inviare la domanda insieme a copia del bonifico per via telematica alla segreteria organizzativa:* [segreteria@colposcopiaitaliana.com](mailto:segreteria@colposcopiaitaliana.com)

* Carta di credito
* Paypal