



SIB

Società Italiana del Basicranio

MODULO DI ISCRIZIONE

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL _____

QUALIFICA _____

ISTITUZIONE _____

SPECIALITA' _____

e-mail _____

TEL _____ FAX _____

Indirizzo in cui si desidera ricevere informazioni:

INFORMAZIONI PER ISCRIZIONE

SOCIO PRESENTATORE *in regola con la quota annuale:*

COGNOME _____

NOME _____

ISTITUZIONE _____ CITTA' _____ PROV. _____

Specifici interessi nei campi: (opzionale)

Collaborazioni attive con altri gruppi: (opzionale)

(Firma)

li _____

*Inviare il modulo alla Segreteria Soci - CSR Congressi:
Fax: 051 765195 - e-mail: info@csrcongressi.com*

Il sottoscritto:

Dr/Prof. _____

Nato a _____ Il _____

Domiciliato in _____

CAP _____

**Chiede di poter aderire alla SOCIETA' ITALIANA DEL BASICRANIO, reso edotto
delle finalità dell'Associazione.**

***La richiesta verrà sottoposta alla valutazione da parte del
Consiglio Direttivo SIB.***

(Firma)