
	Società Italiana di Medicina di Laboratorio Componente della <i>World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine</i>	Certificazione ISO 
MO 22 Quote associative		

QUOTE ASSOCIATIVE SIMeL ANNO 2011**

secondo delibera della Giunta Esecutiva a Pula (CA) il 14-12-2010

- **SOCIO ORDINARIO MEDICO** (laurea in Medicina): € 75,00
 - ⇒ < 35 anni € 50,00
 - ⇒ Specializzando € 40,00
 - ⇒ *se Socio AME* € 60,00

*su delibera del Consiglio Nazionale a Monza il 30 gennaio 2009 e del CD-AME il 20-02-2009

- **SOCIO ORDINARIO TECNICO DI LABORATORIO:** € 25,00

- **SOCIO ORDINARIO SPECIALISTA in DISCIPLINE SCIENTIFICHE:** € 50,00
 (laurea in Biologia /Chimica/...)

- ⇒ Specializzando e/o Non Strutturato* € 40,00

*su delibera del Consiglio Nazionale a Milano il 25-26 gennaio 2008

- ⇒ *se Socio AME* € 45,00

*su delibera del Consiglio Nazionale a Monza il 30 gennaio 2009 e del CD-AME il 20-02-2009

****stesse QUOTE ASSOCIATIVE dell'Anno 2010**



Società Italiana di Medicina di Laboratorio

Componente della
World Association of Societies of Pathology and Laboratory Medicine



MO 23 Modalità pagamento quota associativa

Modalità di pagamento della QUOTA ASSOCIATIVA

1) Bonifico bancario intestato alla Società Italiana di Medicina di Laboratorio c/o la UNICREDIT BANCA S.p.A. - filiale di Castelfranco Veneto (TV) – Corso XXIX Aprile n.19
Paese: IT CIN EUR: 37 CIN: L ABI: 02008 CAB: 61563 n° Conto: 000005059477
(IBAN): **IT 37 L 02008 61563 000005059477**

N.B.: si prega di inviare copia del versamento effettuato al fax 0423-740715

2) c/c postale n. 17279316 intestato a: SIMeL Società Italiana Medicina di Laboratorio – Via Ponchini n.17/7 – 31033 Castelfranco Veneto (TV).

N.B.: si prega di inviare copia del versamento effettuato al fax 0423-740715

3) Carta di credito: per chi sceglie il pagamento con carta di credito, questo modulo va compilato in stampatello, firmato e restituito alla **Segreteria Nazionale SIMeL** all'indirizzo sotto indicato.

Il sottoscritto

Codice fiscale: | _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ ||

versa la quota associativa per l'annoper l' importo di Euro

con Carta di Credito (non di tipo elettronica): CARTASI' VISA EUROCARD/MASTERCARD

Autorizzo la Società Italiana di Medicina di Laboratorio ad addebitare l'importo sul conto della carta

di credito n. _ _ _ _ _ con scadenza

Codice di sicurezza CCV2 (codice di 3 cifre stampato sul retro della carta di credito) n. _ _ _

Intestata a

data di nascita luogo di nascita.....

Codice fiscale: | _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ || _ ||

Indirizzo al quale è inviato l'estratto conto della carta di credito:

.....

Data firma.....

Informativa: ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196, si informa che i Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo, per l'espletamento delle procedure di iscrizione, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto ad opporsi a tale trattamento (art.7). SIMeL, nella persona del Suo Legale Rappresentante, è titolare del trattamento dei dati personali che sono essenziali per lo svolgimento dell'attività per cui, in caso di diniego del trattamento dati, si determinerà l'impossibilità della SIMeL a fornire la benchè minima prestazione.