



Società Italiana di Flebologia Clinica e Sperimentale

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALLA SOCIETA' ITALIANA DI FLEBOLOGIA CLINICA E SPERIMENTALE

Cognome e Nome
Indirizzo
CAP..... Città
Tel. Fax.....
E-mail
Codice Fiscale.....

Note di Curriculum (senza documentazione)

Anno di Laurea Università
Specializzazione (più anno del Diploma)

Attività:

- Università.....
- Ospedale.....
- Ambulatorio.....
- Libero Professionista.....
- Altro.....

Eventuale qualifica istituzionale

- Professore Universitario
- Ricercatore Universitario
- Dirigente Medico Ospedaliero 2° livello
- Dirigente Medico Ospedaliero 1° livello
- Responsabile di struttura

Pubblicazioni Scientifiche (di Angiologia, Chirurgia Vascolare, Flebologia)

.....
.....
.....

Firma di due Soci Presentatori

.....

.....

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per scopi scientifici, invio materiale scientifico o altri scopi inerenti l'attività della SIFCS, ai sensi della Legge n. 375 del 31.12.96.

Firma

.....

Segreteria organizzativa SIFCS:

GC congressi

Via P. Borsieri, 12 - 00195 Roma

Tel. 06-3729466 - fax 06-37352337 - e-mail: segreteria@sifcs.it