



**ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI**

SEZIONE DI BOLOGNA

via del Monte n. 5- 40125 Bologna

C. F. 913 464 703 79

Banco Posta cc: 11288-1008975144

Codice IBAN: IT 96U07601 0240000 100 8975144

E mail [amci\\_bo@yahoo.it](mailto:amci_bo@yahoo.it) Sito web: [www.amcibo.it](http://www.amcibo.it)

Cognome .....

Nome .....

Data Nascita ..... / ..... / .....

Nato/a a .....

Indirizzo .....

.....

Città ..... Cap ..... Prov.....

Tel. .... cell. ....

e-mail .....

Cod.fiscale .....

Ordine: ..... Provincia: .....

N° iscrizione: .....

Specializzazione/i: .....

.....

► **Ruolo:**  Università  Ospedale  Convenzionato  Lib Prof

Ospedale .....

.....

Indirizzo Ospedale/ Ambulatorio .....

.....

tel ..... fax.....

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali  
ai sensi della DL n. 196/2003**

**data:** ..... / ..... / .....

Firma .....

► fax 051 3370003

► Quota associativa d' iscrizione: €50.00 (comprende:  
Tessera - Orizzonte Medico e Pubblicazioni locali)

► **PS:** questa scheda *firmata* è da **faxare subito( 051 3370003)**,  
**poi** spedire l' originale *firmato*, **x posta**, all' indirizzo associativo

► Qualora avesse già assolto a questo compito, La  
ringraziamo e ci scusiamo del disturbo !