



**Università Popolare
Nuova Scuola Medica
Salernitana**

**ISCRIZIONE
Socio ordinario**

Nome _____ Cognome _____

Residente in via/p.zza _____ n. _____

Località _____ Prov. _____

Tel./Cell. _____ email _____

Professione _____

Soci Presentanti

1. _____

2. _____

Il/La Sottoscritto/a chiede di essere iscritto alla suddetta Associazione, accettando tutte le norme dello Statuto del quale ha preso visione e accettato in ogni suo articolo, e contestualmente versa la quota di €130,00 per l'anno _____

Salerno, li _____

Firma

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLGS 196/2003 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI

Salerno, li _____

Firma

L'iscrizione potrà essere effettuata presso la segreteria sita in Corso Garibaldi 148 84123 – Salerno dal lunedì al venerdì dalle 16,00 alle 18,00 oppure tramite bonifico Bancario intestato a Nuova Scuola Medica Salernitana Uniposms sul seguente IBAN IT02N0306909606100000149457