



# AMEC

## ASSOCIAZIONE PER LA TERAPIA DELLE MALATTIE METABOLICHE E CARDIOVASCOLARI

### Domanda di iscrizione

#### Il sottoscritto

Dott./Prof. (cognome e nome).....

Nato a ..... il ..... abitante in via ..... n.....

CAP ..... Città ..... Prov.....

Tel..... Fax..... Cell.....

E-mail.....

Codice Fiscale.....

**Specializzato in**.....

Ruolo attuale.....

Dipartimento/Struttura.....

Via..... CAP.....

Città..... Prov..... Tel.....

**Affiliato ad altre Società Scientifiche** .....

**Presentato dal Socio AMEC** (in caso di nessuna affiliazione a Società Scientifiche)

.....

**Chiede l'iscrizione all'AMEC** (riservandosi di inviare alla Segreteria AMEC un breve Curriculum Vitae corredato da eventuale elenco delle pubblicazioni).

Data..... Firma.....

(firma leggibile)