

GRUPPO DI STUDIO NEUROLOGIA TERRITORIALE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

PROF DOTT

NOME e COGNOME.....
POSIZIONE PROFESSIONALE.....
INDIRIZZO PROFESSIONALE.....
TEL FAX..... CELL.....
E-mail.....

SOCIO SIN

ADERENTE A GRUPPI di STUDIO
.....
.....
ASSOCIAZIONI
.....

ATTIVITA' PREVALENTE.....

PRINCIPALE INTERESSE SCIENTIFICO.....

LINEE DI RICERCA PREFERITE.....

SUGGERIMENTI E PROPOSTE.....

Tutela della privacy/Trattamento dei dati personali: i suoi dati personali saranno trattati nel rispetto della legge 675/96, che lei con la firma della presente scheda autorizza. In qualsiasi momento, ai sensi dell'articolo 13 di detta legge, potrà consultare, modificare o far cancellare i Suoi dati od opporsi al loro utilizzo.
Firma.....