Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)
Domanda di Iscrizione/Accreditamento

Il/La sottoscritto/a dottor/essa Cognome……. Nome..……..……..……..

Nato a …….…… Prov. ……. Il …. /……. /……..…

residente in Via/Piazza ……..…… Cap ……..……
.
Comune …….. …… Prov. …. …….. Cod. Reg……. ASL……..

Tel. Casa ……/…….. Tel. Studio……/…….. Fax ……/…….. Cell ……

@mail …… Cod. Fisc…… P.IVA……
.
Anno di laurea ……. Università di ……

Specializzazioni: 1)……..……..……... 2)……..……..……. 3)……..……..……..

Attività: ☐ MG ☐ Universitario ☐ Ospedaliero ☐ Specialista ☐Libero professionale ☐ altro ……..

Lingue conosciute e parlate: ☐ Inglese ☐ Francese ☐ Tedesco ☐ Spagnolo ☐ altro …….

A conoscenza dello Statuto e del Regolamento, chiede l'iscrizione alla S.I.M.G.

Data…… In fede ……..

ATTENZIONE
I nuovi soci dovranno inviare la presente scheda alla SIMG Via Del Pignoncino 9/11 50142 Firenze. Tel 055700027, Fax 0557130315 allegando la documentazione comprovante il pagamento della quota sociale.

I soci che invece richiedono solo la qualifica di socio accreditato non dovranno inviare la presente scheda ma dovranno inserire i dati richiesti on-line seguendo le opportune istruzioni che troveranno nel sito della SIMG.: www.simg.it