

# ASSOCIAZIONE SCIENTIFICA SIPPAS

## MODULO DI ISCRIZIONE

TITOLO, COGNOME E NOME:	
NATO IL:	NATO A:
CODICE FISCALE:	
REDISENZA:	
PROFESSIONE:	
ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI O PSICOLOGI:	

Io sottoscritto dichiaro di volermi iscrivere all'associazione scientifica SIPPAS, versando la quota *una tantum* di 50,00 euro.

Allego alla presente copia del bonifico effettuato e copia di un documento di identità valido.

Autorizzo l'associazione scientifica SIPPAS al trattamento dei miei dati personali secondo le disposizioni normative attualmente in vigore.

DATA E FIRMA

---

### INFO BONIFICO

**c/c bancario:** IBAN IT-30-I-07601-03200-000087882056,

**intestato a:** Associazione scientifica Sippas,

**causale:** iscrizione