



## ISCRIZIONE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### Qualifica

Ginecologo Ostetrico

Biologo

Andrologo

Genetista

Tecnico di Laboratorio

Psicologo

Sessuologo

Altro

Data .....

Firma .....

### Modalità di pagamento:

La quota associativa di **Euro 30 annui** può essere versata tramite **vaglia postale** intestato alla SIOS – Via G. Abamonti 1 – 20129 Milano, oppure con **bonifico bancario** presso Banca Popolare Commercio e Industria - Fil. Milano - MONTE DI PIETA' -codice IBAN: **IT18N050480167200000035724**

La scheda di iscrizione può essere inviata all'indirizzo sopra indicato o mediante fax 02.29525521 allegando fotocopia della ricevuta di pagamento.