S.I.Ci.C.S.
Società Italiana di Citometria Clinica e Sperimentale

MODULO PER RINNOVO QUOTA ASSOCIATIVA

La quota associativa è di **50,00 €** per soci di età superiore a 32 anni di età e di **20,00 €** per i soci di età inferiore a 32 anni.

Il versamento della quota associativa da diritto al Socio alla piena partecipazione alle attività della Società. Il modulo dovrà essere compilato ed inviato a:

Segreteria S.I.Ci.C.S.
c/o Biomedia s.r.l.,
via L. Temolo 4 -20126 Milano
Tel. 02 45498198
Fax 02 45498199
info@sicics.it

Per ulteriori informazioni consultare il sito:
www.sicics.it

Il sottoscritto ……

……

Desidera rinnovare la quota associativa S.I.Ci.C.S. per l'anno ……

❍ 50,00 € ❍ 20,00 €

❍ Assegno bancario intestato a S.I.Ci.C.S.

❍ Bonifico bancario a favore di S.I.Ci.C.S.
(UNICREDIT Banca - Ag 19 – IBAN IT31 A 02008 01619 000000396679)
(**allegare copia bonifico**)

❍ Carta di credito: Carta SI – Mastercard – Eurocard - Visa
n. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Scadenza |__|__|__|__| Firma _____

Aggiornamento Dati/Cambio Indirizzo

Istituto, Laboratorio, Società

……

……

Via ……

Cap …… **Città** …… **Prov**……

Telefono …… **Fax** ……

E-mail ……..

Indirizzo per la corrispondenza (se diverso da quello sopra)

Via ……

Cap …… **Città** …… **Prov**……

Aree di interesse
❍ Biotecnologie
❍ Chimica
❍ Informatica
❍ Medicina
❍ Scienze biologiche
❍ Scienze naturali
❍ Altro ……

Settori di ricerca
❍ Anatomia patologica
❍ Biochimica
❍ Biologia cellulare
❍ Biologia molecolare
❍ Ematologia
❍ Genetica
❍ Altro ……..

❍ Immunologia
❍ Immunoematologia
❍ Microbiologia
❍ Oncologia
❍ Patologia clinica
❍ Patologia generale

Data _____**Firma** _____