



SCHEDA ISCRIZIONE
Associazione Infermieri
Malattie Infettive

Richiesta () Rinnovo () Iscrizione all'Associazione per l'anno _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ N° _____

C.A.P. _____ Tel. ____/____ Fax ____/____

E-mail _____ Cell. _____

Titolo professionale conseguito nell'anno:

INF. IPS VI AS AFD DAI IID _____

Presso la Scuola/Università di _____

Divisione/Reparto _____ Az. USL _____

Ospedale _____

Via _____ N. _____ Città _____

Provincia _____ C.A.P. _____ Tel. ____/____ Fax ____/____

E-mail _____

Nuovo iscritto SI NO

Corrispondenza da inviare presso: Propria residenza Azienda di appartenenza

La quota associativa AIMI è di Euro 30,00.

Il versamento può essere effettuato nei seguenti modi:

1. Vaglia postale "non trasferibile" intestato ad AIMI
2. Assegno Bancario "non trasferibile" intestato ad AIMI e da inviare alla Segreteria Nazionale: T.M.T. Srl, Via Mecenate 12 – 20138 Milano
3. Conto Corrente Postale N. 14664247 intestato ad AIMI.

Si prega di specificare nella causale il Nome e Cognome del Socio a cui si riferisce il pagamento.

Data _____

Firma _____