



OGGETTO : Richiesta di iscrizione per l'anno 2023/24

Richiesta adesione socio:	
Il sottoscritto:	
Nome	
Cognome	
Nazionalità	
Cellulare	
E-mail	
Specializzazione	
Master/Dottorato di Ricerca	
Tipo di attività* :	
Ospedale/Clinica	
Indirizzo ospedale / clinica	
Studio	
Indirizzo studio	
Telefono studio	
Email studio	

* pubblico, privato, misto

Barrare qui se si vuole far inserire il proprio nominativo sulla lista dei medici presente sul sito internet del Consolato italiano a Parigi :

A.M.I.P. - Associazione Medici Italiani a Parigi

e-mail : amipsegreteria@gmail.com

Chiede di essere ammesso all' A.M.I.P. in qualità di :

- Socio ordinario La quota di iscrizione per l'anno 2022/23 è stabilita in € 50,00
- Socio ordinario (di età inferiore a 35 anni) La quota di iscrizione per l'anno 2022/23 è stabilita in € 30,00
- Socio simpatizzante* La quota di iscrizione per l'anno 2022/23 è stabilita in € 30,00
- Socio benefattore La quota di iscrizione per l'anno 2022/23 è stabilita a partire da € 80,00

* Si intende per socio simpatizzante ogni medico che non abbia la nazionalità italiana, o che non abbia la residenza in Francia, o il cui luogo di lavoro abituale non sia in Francia.

Metodi di pagamento :

1) **Bonifico bancario** intestato a :

A.M.I.P

IBAN :FR76 1820 6004 3965 0699 5330 695

BIC : AGRIFRPP882

2) **Carta di credito** sul sito Helloasso, al seguente [LINK](#)

Si autorizza l'A.M.I.P. al trattamento e divulgazione dei dati personali qui indicati come da RGPD del 20 giugno 2018.

DATA _____ FIRMA _____