

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Presidente dell' APEL

La/il sottoscritta/o

nata/o a il

residente a Cap

via

tel. cellulare:

e-mail:

professione:

Chiede di essere iscritto all'Apel per l'anno 2017

Dichiara di

- aver versato con bonifico bancario la quota di €
- aver versato al tesoriere la quota di €
- essere iscritto Fimp Genova
- essere iscritto ACP (Associazione Culturale Pediatri)

Data:

Firma

Quote iscrizione annuale all'Apel per l'anno 2017:

- Socio ordinario: € 50
- Iscritto Fimp Genova € 25
- Specializzandi in Pediatria: € 25,00
- Socio Sostenitore: €100,00
- Socio Onorario: gratuito

Modalità di pagamento:

a) Tramite Bonifico bancario:

IBAN: **IT88T0503401424000000000007**

Banco di Chiavari e della Riviera Ligure - Gruppo Banco Popolare

Dip. 01030 Piazza De Ferrari, 3 – Palazzo De Ferrari - 16121 Genova, GE

APEL Associazione Pediatri Extraospedalieri Liguri - Corso Gastaldi, 1/24 - 16131 - Genova

N.B. Indicare nella causale cognome e nome, l'anno per cui si paga la quota e la categoria di appartenenza.

b) direttamente in contanti al Tesoriere