A.R.I.T.M.I.A.
Associazione Ricerca Italiana
Tutela Medici Ingiustamente Accusati

MODULO DI ADESIONE
inviare a mezzo fax allo 02.87.15.21.64
per informazioni 06.92.91.79.52

www.aritmia.eu

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Cod. fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | Partita IVA | | | | | | | | | | |

Residente a _____

Via _____ nr. _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Ordine Medici di _____ Iscrizione Nr. _____

Specializzazione _____

Associazione _____

Ospedale/Studio _____

Città _____

Via _____ nr. _____

Tel. _____ Fax _____

Titolare di polizza RC professionale personale **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale _____ **Compagnia** _____

Copertura assicurativa aziendale per colpa grave **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale _____ **Compagnia** _____

Già titolare di polizza di tutela giudiziaria **SI** **NO** barrare con una X la risposta che interessa

Massimale _____ **Compagnia** _____

Quota associativa	**€ 25**

Modalità di pagamento prescelta

|_| a mezzo Bonifico Banca Popolare di Milano AG. 339 MI C/C intestato A.R.I.T.M.I.A.
IBAN IT25 Q 05584 01672 000000001478
Causale: QUOTA ASSOCIATIVA ARITMIA (proprio nome e cognome)

|_| con addebito sulla mia Carta di Credito |_| CARTA VISA |_|CARTA MASTERCARD

Nr. |__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|-|__|__|__|__|Scadenza |__|__|/|__|__|

CVV |__|__|__| (Ultime tre cifre del Codice riportato dietro la carta di credito)

Luogo e data_____|___|___|_____| _____ (firma)

ARITMIA Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati

ARITMIA
Associazione **R**icerca **I**taliana **T**utela **M**edici **I**ngiustamente **A**ccusati
20123 Milano - Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 06.92.91.79.52 Fax 02.87.15.21.64 - info@aritmia.eu
nuovo sito internet www.aritmia.eu