



---

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

---

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

SPECIALISTA IN \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_

NATO/AA \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## INDIRIZZO DI RIFERIMENTO PER COMUNICAZIONI

---

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

Presto il mio consenso all'iscrizione nella mailing list dell'Associazione per comunicazioni inerenti l'attività della AMAMEL      SI      NO      (barrare la scelta)

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**DATI BONIFICO PER ISCRIZIONE € 100,00**

**Associazione MArchigiana MEdicina Legale**

**BANCA DI ANCONA E FALCONARA MARITTIMA CREDITO COOPERATIVO**

**Filiale di Polverigi**

**IT 51 J 08086 37530 000120181695**