



DOMANDA DI ISCRIZIONE COME SOCIO ALLA SOCIETÀ ITALIANA del GLAUCOMA

da inviare preferibilmente via e-mail, o altrimenti via FAX
o per posta all'indirizzo a piè di pagina

Presidente
Dott. L. Zeppa

Vice Presidente
Dott. C. Bianchi

**Vice Presidente
Vicario**
Prof. A. Caporossi

**Segretario
Tesoriere**
Dott. T. Salgarello

Consiglieri

Dott.ssa S. Babighian
Prof. E. Balestrazzi
Dott. D. Capobianco
Prof. S. Gandolfi
Dott.ssa D. Lombardo
Dott. A. Mocellin
Prof. M. Nardi
Dott. A. Pioppo
Dott. A. Rapisarda
Prof. C. Sborgia
Dott. G. Tassinari

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
residente nel comune di
via..... n.,
c.a.p. tel e-mail
codice fiscale

CHIEDE di essere ammesso/a quale socio con
decorrenza dall'anno, avendo preso visione dello statuto e del regolamento del
sodalizio.

Socio Corrispondente* € 00,00 – ISCRIZIONE ANNUALE

* opzione offerta agli specializzandi. Il Socio corrispondente non ha diritto di voto.

Socio Ordinario € 50,00 – ISCRIZIONE ANNUALE – IVA 22% inclusa
da versare dopo accoglimento della domanda.

Mediante apposizione della propria firma in calce alla presente autorizza l'organo
direttivo al trattamento dei propri dati consapevole dei diritti previsti dalla normativa in
materia di tutela della privacy ex D.Lgs. 196/03.

....., lì

In fede

**L'accoglimento o rifiuto della domanda verrà comunicato successivamente
alla prossima riunione del consiglio direttivo**