



ASSOCIAZIONE ITALIANA
OTORINOLARINGOIATRI
LIBERO PROFESSIONISTI

Società Scientifica accreditata
presso il Ministero della Salute
ai sensi del DM 2 agosto 2017

A.I.O.L.P.

SCHEDA
ISCRIZIONE/RINNOVO
AIOLP

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale

Tel. _____ Fax. _____ Cell. _____

e-mail _____ Sito _____

Residenza in via _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Anno Laurea _____ Specializzazione: ORL Audiologia (altro) _____

Iscritto SIO: Si No

Regione di riferimento:

- | | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Valle d'Aosta | <input type="radio"/> Emilia Romagna | <input type="radio"/> Campania |
| <input type="radio"/> Piemonte | <input type="radio"/> Toscana | <input type="radio"/> Puglia |
| <input type="radio"/> Liguria | <input type="radio"/> Umbria | <input type="radio"/> Basilicata |
| <input type="radio"/> Lombardia | <input type="radio"/> Marche | <input type="radio"/> Calabria |
| <input type="radio"/> Trentino-Alto Adige | <input type="radio"/> Lazio | <input type="radio"/> Sicilia |
| <input type="radio"/> Veneto | <input type="radio"/> Abruzzo | <input type="radio"/> Sardegna |
| <input type="radio"/> Friuli-Venezia Giulia | <input type="radio"/> Molise | |

La quota associativa annuale AIOLP è di **€ 50,00**.

La quota può essere pagata mediante:

- Conto Corrente Postale** n. 45289006 intestato ad AIOLP - Via di Val Favara, 119 - 00168 Roma
- Bonifico Bancario** intestato a: Associazione Italiana Otorinolaringoiatri Libero Professionisti
IBAN: IT87 M076 0103 2000 0004 5289 006

indicando come causale: "Quota associativa per l'anno _____"

La presente scheda e gli estremi del pagamento della quota vanno inviati, a mezzo posta oppure via mail, ad: **AIOLP c/o Concerto Srl - Calata San Marco n. 13 - 80133 Napoli - aiolp@concertosrl.net**

La quota di iscrizione AIOLP per l'anno 2020, può comprendere anche l'iscrizione, senza altre spese, al Gruppo Campano ORL, al Gruppo Siciliano ORL o al Gruppo Specializzandi e Giovani (<35 anni) ORL. In tal caso barrare anche la casella relativa (*NON è possibile selezionare più di un'opzione*).

- mi iscrivo anche al Gruppo Campano ORL
- mi iscrivo anche al Gruppo Siciliano di ORL
- mi iscrivo anche al Gruppo Specializzandi e giovani (<35 anni) ORL

NON spuntare alcuna casella qualora non si desideri usufruire delle suddette agevolazioni.

Data _____

Firma _____