

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a Dr. _____
(COGNOME e NOME)

nato a _____ il _____,
residente a _____, Via _____ n° _____,
domiciliato a _____, Via _____ n° _____,
Telefono n° _____ Cellulare n° _____

DICHIARA:

Data di Laurea _____ Voto di Laurea _____
Iscrizione Ordine Medici di _____ Codice ENPAM _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA	<input type="checkbox"/>	SP	n° _____	dal _____	
	<input type="checkbox"/>	NO			

Altra attività	<input type="checkbox"/>	SP	Tipo attività _____ Specializzando _____ Corso di Formazione MMG _____
	<input type="checkbox"/>	NO	

Data _____

Firma per esteso _____

Modalità di pagamento	
C/C Bancario n° _____	
Banca _____	Indirizzo _____
ABI _____	Agenzia _____ Filiale _____
CAB _____	IBAN _____
C/C Postale n° _____	
Indirizzo _____	
ABI _____	CAB _____ IBAN _____
Pronto Cassa _____ c/o _____	
Data _____	Firma per esteso _____