



Modulo di Iscrizione

all'Associazione Italiana Medicina del Sonno - AIMS

(da inviare via fax allo 051 6564350)

Cognome:

prof./dr. Nome:

Data di nascita:

Indirizzo di lavoro:

via n.

comune

cap provincia

tel. fax

Indirizzo di casa: via n.

comune

cap provincia

tel. fax

Preferenza recapito postale: Lavoro Casa

e-mail

Laurea in:

data

Posizione professionale:

Specialista in:

Specializzando in:

Argomenti di maggiore interesse:

Soci presentatori: 1) Cognome e Nome

Firma

2) Cognome e Nome

Firma

.....
(Data)

.....
(Firma del richiedente)