



SCHEDA DI

PRIMA ISCRIZIONE

RINNOVO

ANNO _____

LE MIE GENERALITA'

NOME COGNOME
VIA..... N°
CITTA' PROV. CAP
TEL. FAX
E-MAIL CELL

I MIEI DATI PROFESSIONALI

Qualifica Professionale

Titolo di Studio..... Specializzazione

C.F./P.IVA:

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

ISTITUTO DI APPARTENENZA/ ENTE/ ASSOCIAZIONE/ FARMACIA

.....

VIA.....N°

CITTA' PROV. CAP

E-MAIL TEL.

Con la compilazione del presente modulo richiedo l'iscrizione alla Società Italiana Ricerca Cannabis – SIRCA.
A tale scopo verso la somma di

ISCRIZIONE INDIVIDUALE € 50,00 ISCRIZIONE COLLETTIVA € 150,00

*(titolari di farmacia, associazioni scientifiche e/o culturali,
enti pubblici, ditte industriali o commerciali, società di servizi)*

a corredo della mia domanda di iscrizione. Vi comunico che il versamento è stato effettuato secondo la seguente modalità:

Pagamento effettuato a mezzo assegno bancario allegato intestato a **SIRCA (Società Italiana Ricerca Cannabis)**

Pagamento a mezzo contanti

Pagamento effettuato a mezzo bonifico bancario intestato a **SIRCA (Società Italiana Ricerca Cannabis)**

Crédit Agricole CARIPARMA IBAN: IT 781 06230 02807 0000 5694 5435 (allegare ricevuta)

Pagamento a mezzo carta di credito

VISA MASTERCARD Nr.

DATA SCADENZA: Codice di sicurezza (si trova sul retro della carta)
Indicare soltanto le ultime tre cifre

Intestata a _____

Data

Firma

I dati che La riguardano verranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal Codice della Privacy e verranno utilizzati da SIRCA soltanto per aggiornarLa sulle manifestazioni/iniziative scientifiche di Suo interesse e non verranno per nessun motivo diffusi a terzi. Lei potrà in qualsiasi momento comunicare a SIRCA la modifica o la cancellazione come dettagliato sull'informativa della Privacy presente sul sito www.sirca-terapiacannabis.it

Data Firma leggibile.....

Riservato alla segreteria

Sede Segreteria: Via Kyoto 51, 50126 Firenze
Tel. 055 6800389 – Fax 055 683355
e-mail: sirca@fimo.biz
www.sirca-terapiacannabis.it