



# SOCIETÀ MEDICA DI SANTA MARIA NUOVA FIRENZE

## ***Richiesta adesione***

Nome e Cognome .....

Data e luogo di nascita .....

.....

Residenza (comune, provincia, indirizzo comprensivo di cap) .....

.....

Domicilio (qualora diverso da residenza) .....

.....

Tel. e recapito elettronico .....

.....

- Socio Sostenitore: € 50,00
- Socio Straordinario: € 25,00
- Socio Ordinario: €10,00
- Accludo il curriculum richiesto

Firenze,

In fede