



Modulo di Iscrizione/rinnovo al Gruppo di Studio per la Retinopatia del Pretermine

Nome e Cognome.....

Professione.....

Ente di appartenenza.....

Indirizzo per invio corrispondenza: Via/Piazza.....

Città.....Provincia.....CAP.....

Codice Fiscale.....

Telefono..... E-mail.....

Anno di riferimento iscrizione.....

Nuova iscrizione Rinnovo

Metodo di pagamento della quota associativa annuale:

Medici: 70€; Ortottisti 30€; Infermieri 10€; Specializzandi: gratuita

Bonifico bancario, Conto Corrente Rop Italia c/o Banca Prossima IBAN:

IT91K0335901600100000061910

Causale: pagamento iscrizione o rinnovo GdS ROP

Per ulteriori informazioni contattare la Segreteria all'indirizzo
segreteriagrupporop@gmail.com