Modalità di pagamento della QUOTA ASSOCIATIVA

1) Bonifico bancario intestato a: SIPMeL - Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio c/o la UNICREDIT BANCA S.p.A. - filiale di Castelfranco Veneto (TV) – Corso XXIX Aprile n.19
   Paese: IT CIN EUR: 37 CIN: L ABI: 02008 CAB: 61563 n° Conto: 000005059477
   (IBAN): **IT 37 L 02008 61563 000005059477**

   N.B.: si prega di inviare copia del versamento effettuato al fax 0423-740715

2) c/c postale n. 17279316 intestato a: SIPMeL - Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio – Via G. Ponchini n.17/7 – 31033 Castelfranco Veneto (TV).

   N.B.: si prega di inviare copia del versamento effettuato al fax 0423-740715

3) Carta di credito: per chi sceglie il pagamento con carta di credito, questo modulo va compilato in stampatello, firmato e restituito alla **Segreteria Nazionale SIPMeL** all'indirizzo sotto indicato.

Il sottoscritto .....

Codice fiscale: I __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ I

versa la quota associativa per l'**anno** .....per l' **importo** di Euro .....

con Carta di Credito *(non di tipo elettronica):* ❑ CARTASI' ❑ VISA ❑ EUROCARD/MASTERCARD

Autorizzo la *SIPMeL - Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio* ad addebitare l'importo sul conto della carta

di credito n. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ con scadenza .....

Codice di sicurezza CCV2 (codice di 3 cifre stampato sul retro della carta di credito) n. __ __ __

Intestata a ……

data di nascita ..... luogo di nascita……..

Codice fiscale: I __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ II __ I

Indirizzo al quale è inviato l'estratto conto della carta di credito:

.....

Data ..... firma.....

Informativa: ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n.196, si informa che i Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo, per l'espletamento delle procedure di iscrizione, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto ad opporsi a tale trattamento (art.7). SIPMeL, nella persona del Suo Legale Rappresentante, è titolare del trattamento dei dati personali che sono essenziali per lo svolgimento dell'attività per cui, in caso di diniego del trattamento dati, si determinerà l'impossibilità della SIPMeL a fornire la benchè minima prestazione.

SIPMeL - *Via G. Ponchini n.17/int.7 - 31033 Castelfranco Veneto (TV)*
Tel. 0423-738098 Fax 0423-740715 e-mail:sipmel@sipmel.it http://www.sipmel.it