



Alla cortese attenzione del Presidente dell'Accademia Medica della provincia dell'Aquila  
"Salvatore Tommasi" onlus - Dott. Ettore Martini

Data...../...../.....

### DOMANDA DI AMMISSIONE SOCIO

Il/La sottoscritto/a ..... Nato/a a

..... Prov. .... in data ..... Residente a

..... Prov. .... Via

..... n. ....

N. tel./cell. ....

e-mail .....

MEDICO                  NON MEDICO

### CHIEDE

di essere ammesso/a quale "socio aderente" all'Associazione;

### DICHIARA

di conoscere e di accettare le norme sociali stabilite nello statuto;

### SI IMPEGNA

a favorire con la propria partecipazione il perseguimento dei progetti dell'Accademia.

Socio presentatore.....

Motivazioni dell'iscrizione / campi di interesse

.....

.....

.....

FIRMA .....

Inviare la domanda a: [segreteria@accademiamedica.aq.it](mailto:segreteria@accademiamedica.aq.it)

La **quota di iscrizione annuale** (€ 20.00) deve avvenire successivamente all'accettazione della domanda di iscrizione da parte del Consiglio Direttivo e va versata sul seguente C/C bancario:

ACCADEMIA MEDICA DELLA PROVINCIA DELL'AQUILA SALVATORE TOMMASI

IBAN IT16V083274062000000005020

Banca di Credito Cooperativo di Roma