



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** (€ 25.00 venticinque) 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