

# LE DIPENDENZE AL FEMMINILE

Problematiche di genere nei trattamenti delle dipendenze patologiche

Matera, 14 Ottobre 2016

## SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Esquivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736 - E.mail: info@cicsud.it

Cognome ..... Nome .....

Reperto.....

ASL/Ospedale di appartenenza .....

Città .....CAP .....

Tel. .... Fax.....

E.mail.....Cell.....

### Quota di iscrizione

- SOCIO SITD in regola con quota 2016 GRATUITO
- Studenti  altre figure non ECM (vedi modalità di pagamento CIC) € 61,00 (i.i.)
- QUOTA BASE riservata a chi non intende associarsi alla SITD (vedi modalità di pagamento CIC) € 146,50 (i.i.)
- INTENDO ASSOCIARMI ALLA SITD per il 2016
- Medici  Psicologi  Farmacisti  Biologi  Sociologi  
da effettuare in un unico versamento a SITD (vedi modalità di pagamento SITD) € 55,00
- INTENDO ASSOCIARMI ALLA SITD per il 2016
- Infermieri  Educatori  Assistenti Sanitari  Assistenti Sociali  
da effettuare in un unico versamento a SITD (vedi modalità di pagamento SITD) € 30,00

### Modalità di pagamento CIC

– Assegno non trasferibile N. ....  
della Banca .....

per l'importo di € 146,50/€ 61,00

– Bonifico Bancario intestato a:  
Centro Italiano Congressi CIC Sud - Banco di Napoli - Bari - IBAN IT2750101004015100000018667

– Carta di credito  VISA  MASTERCARD

N. .... DATA DI SCADENZA .....

Intestata a..... Importo da prelevare € .....

Firma del titolare .....

### Modalità di pagamento SITD

Effettuare il versamento alla Posta o il bonifico bancario sul conto corrente postale, per l'importo di € 55,00/€ 30,00 intestato a:

SITD Società Italiana Tossicodipendenze  
conto corrente postale n. 71662449 -ABI 07601 - CAB 10200  
IBAN IT9850760110200000071662449

### DATI NECESSARI PER ECM

Su precise esigenze del Min. Sal., si richiede la massima precisione nella compilazione

*Inquadramento professionale*  
 Libero professionista  Dipendente  Convenzionato

Se reclutato da sponsor indicarne il nome  
(Massimo 1/3 dei crediti formativi nel triennio)

Luogo e data di nascita.....

Cod. Fiscale.....

Indirizzo ab.....

Città .....CAP.....

E.mail.....

### GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs n. 196/03

Firma ..... Data .....