



SOCIETÀ ITALIANA TOSSICODIPENDENZE

Tesseramento anno 2018

SCHEDA DI ADESIONE
Nuovo associato

DATI PERSONALI

Tutti i campi sono obbligatori. Si prega di scrivere in stampatello.

Cognome Nome

Luogo di nascita data di nascita

Codice fiscale

Professione Disciplina

Struttura di appartenenza

Indirizzo lavoro Via n. Civico

Città Provincia CAP

Telefono Regione

E-mail

Indirizzo privato Via n. Civico

Città Provincia CAP

Cellulare e-mail

CHIEDO

di aderire alla Società Italiana Tossicodipendenze per l'anno in corso in qualità di socio ordinario e mi impegno al pagamento della quota (SITD si riserva, in caso di non accettazione di questa richiesta, a comunicare il diniego e contestualmente rimborsare la quota versata).

ADERISCE AI GRUPPI DI INTERESSE (opzionale)

- Alcool Gambling Psicostimolanti e Psico Inibenti (oppiacei e BDZ) Visibilità SITD (compreso sito)
 Rapporti con il Terzo Settore Compresa C.T. Formazione Stesura e Valutazione Studi Scientifici
 Valutazione della percezione dei pazienti rispetto ai Servizi Cannabinoidi Diritti del Cliente e Neurobiologia
 Prevenzione Tabagismo Doppia diagnosi e rapporti con i DSM Progetti CEE e Dipendenze WEB

PAGAMENTO DELLA QUOTA

Quote: **Laureati €55,00** **Altri operatori, Studenti e specializzandi €30,00** **Abbonamento annuale alla rivista "Medicina delle Dipendenze" €35,00** (Riservato ai Soci SITD)

Allego assegno non trasferibile n.
 della Banca intestato a S.I.T.D. - Società Italiana Tossicodipendenze.
 Inviandolo a: Segreteria Nazionale SITD - PUBLIEDIT s.a.s. Via Roma, 22 - 12100 CUNEO

Ho effettuato **BONIFICO BANCARIO / VERSAMENTO POSTALE** su C.C.P.,
 a favore di "S.I.T.D. - Società italiana Tossicodipendenze", su conto corrente postale n. 71662449
 ABI 07601 - CAB 10200 - IBAN: IT98S0760110200000071662449
 CAUSALE "Rinnovo - quota associativa 2018".
N.B. (Per versamento postale utilizzare solo il n. di conto. Per bonifico utilizzare anche ABI, CAB, IBAN).

Autorizzo Publiedit s.a.s., in qualità di Tesoreria Nazionale della SITD, ad addebitare l'importo sulla mia **CARTA di CREDITO**
 Visa CartaSI MasterCard
 Carta n. Data di scadenza Mese Anno
 Data Firma leggibile

Allegare la fotocopia del documento di identità.

INVIARE LA PRESENTE SCHEDA PRESSO LA SEGRETERIA NAZIONALE S.I.T.D.: Publiedit s.a.s. Via Roma, 22 - 12100 CUNEO fax 0171/648077

Infoline 0171/67224 - e-mail: info@publieditweb.it - sito internet: www.sitd.it



SOCIETÀ ITALIANA TOSSICODIPENDENZE

Tesseramento anno 2018

SCHEDA DI ADESIONE
Nuovo associato

La corrispondenza dovrà essere inviata:

luogo di lavoro

indirizzo privato

BREVE CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM

PRIVACY

Autorizzo la SITD (in qualità di titolare) e la Segreteria Nazionale SITD Publiedit s.a.s. Via Roma n.22 - 12100 Cuneo (in qualità di Responsabile dei dati) ad inserire i miei dati nelle sue liste, per il trattamento degli stessi a fini associativi, fiscali, divulgativi e/o scientifici. In ogni momento, a norma dell'art. 13 legge 675/96 potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo. Informativa disponibile sul sito www.sitd.it.

Firma _____

INVIARE LA PRESENTE SCHEDA PRESSO LA SEGRETERIA NAZIONALE S.I.T.D.: Publiedit s.a.s. Via Roma, 22 - 12100 CUNEO fax 0171/648077

Infoline 0171/67224 - e-mail: info@publieditweb.it - sito internet: www.sitd.it