



Società Italiana di Fitoterapia

Società Italiana di Fitoterapia, Dipartimento di Scienze Ambientali – Sezione di Biologia Farmaceutica,
Università di Siena, Via T. Pendola 62, 53100 Siena; Tel. 0577 233525, Fax 0577 233526,
e-mail: giachetti@unisi.it, Website www.sifit.org

DOMANDA DI RINNOVO DELL'ISCRIZIONE ALLA S.I.FIT. PER L'ANNO 2012

Il Dr.Prof.

Nome _____		Cognome _____	
Da riempire solo in caso di variazioni			
Via _____			
CAP e Città _____			
Tel. _____		E-Mail _____	

Chiede di iscriversi alla S.I.FIT. per l'anno 2012 (anno solare, con validità 1 gennaio – 31 dicembre) ed effettua il versamento della quota associative di €=50.00 mediante:

<input type="checkbox"/> C/C postale n° 11322534 (allegare fotocopia della ricevuta)
<input type="checkbox"/> Assegno bancario Intestato alla S.I.FIT (da allegare)
<input type="checkbox"/> Bonifico su C/C bancario intestato a S.I.FIT. Monte dei Paschi di Siena Agenzia 10 Via Montanini 106, SIENA IBAN: IT 13 Y 01030 14213 000001379632 (allegare fotocopia della ricevuta)

Ai sensi dell'Art. 11 della Legge n° 675 del 31.12.96, il firmatario autorizza la S.I.FIT. al trattamento dei dati indicati, che saranno utilizzati ad esclusivo uso interno:

Data _____	Firma _____
------------	-------------

La presente scheda deve essere inviata, unitamente all'attestato di pagamento, alla sede S.I.FIT.



Società Italiana di Fitoterapia

Società Italiana di Fitoterapia, Dipartimento di Scienze Ambientali – Sezione di Biologia Farmaceutica,
Università di Siena, Via T. Pendola 62, 53100 Siena; Tel. 0577 233525, Fax 0577 233526,
e-mail: giachetti@unisi.it, Website www.sifit.org

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALLA S.I.FIT. PER L'ANNO 2012

Il Dr.Prof.

Nome _____	Cognome _____
Via _____	
CAP e Città _____	
Tel. _____	E-Mail _____
Laurea in _____	Conseguita il _____
Presso l'Università di _____	

Chiede di iscriversi alla S.I.FIT. per l'anno 2012 (anno solare, con validità 1 gennaio – 31 dicembre) ed effettua il versamento della quota associative di €=50.00 mediante:

- C/C postale n° 11322534 (allegare fotocopia della ricevuta)
- Assegno bancario Intestato alla S.I.FIT (da allegare)
- Bonifico su C/C bancario intestato a S.I.FIT. Monte dei Paschi di Siena
Agenzia 10 Via Montanini 106, SIENA
IBAN: IT 13 Y 01030 14213 000001379632
(allegare fotocopia della ricevuta)

Ai sensi dell'Art. 11 della Legge n° 675 del 31.12.96, il firmatario autorizza la S.I.FIT. al trattamento dei dati indicati, che saranno utilizzati ad esclusivo uso interno:

Data _____	Firma _____
------------	-------------

La presente scheda deve essere inviata, unitamente all'attestato di pagamento, alla sede S.I.FIT.