



**VINCERE  
IL DOLORE**  
Onlus

## SCHEDA DI

**PRIMA ISCRIZIONE**

**RINNOVO**

ANNO \_\_\_\_\_

### LE MIE GENERALITA'

NOME .....

COGNOME .....

NATO/A A ..... DATA.....

### IL MIO RECAPITO DI CASA

VIA.....N°.....

CITTA' .....

PROV. .... CAP .....

### COME CONTATTARMI

TEL. .... FAX .....

E-MAIL .....CELL: .....

### I MIEI DATI PROFESSIONALI

Qualifica Professionale.....

Titolo di Studio.....

C.F./P.IVA: .....

Specializzazione .....

ISTITUTO DI APPARTENENZA.....

VIA.....N°.....

CITTA' .....

PROV. .... CAP .....

**Con la compilazione del presente modulo richiedo l'iscrizione a VINCERE IL DOLORE Onlus per l'anno in corso. A tale scopo allego un mio curriculum professionale e verso la somma di Euro 30,00 (trenta) a corredo della mia domanda di iscrizione che sarà valida fino al 31 dicembre dell'anno corrente.**

**Vi comunico che il versamento è stato effettuato secondo la seguente modalità (allego una copia della ricevuta):**

- Pagamento effettuato a mezzo assegno allegato intestato a **VINCERE IL DOLORE**
- Pagamento effettuato a mezzo bonifico bancario intestato a **VINCERE IL DOLORE**  
Unicredit - Filiale Firenze Viale Europa C/C n° 000 101 424 344 ABI: 02008 CAB: 02832 CIN: I  
Codice IBAN: IT06I0200802832000101424344 (allegare ricevuta)
- Pagamento effettuato a mezzo contanti
- Pagamento a mezzo carta di credito

VISA  MASTERCARD

Nr°

Codice di sicurezza CVV (si trova sul retro della carta)

Indicare soltanto le ultime e cifre:

Intestata a ..... Scadenza .....

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

Legge 196/03 - Tutela della Privacy - Titolare del trattamento è la VINCERE IL DOLORE Onlus con sede legale in Firenze, Via L. Michelazzi, 19 - 50141 Firenze. E' possibile in ogni momento da parte del sottoscrittore del presente documento, esercitare i diritti di cui all'art. 13 (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento etc.) rivolgendosi direttamente alla Segreteria. Il firmatario esprime il suo consenso affinché la VINCERE IL DOLORE Onlus possa utilizzare gli elementi informativi forniti per le finalità previste nello Statuto.

Data .....Firma leggibile.....

**Riservato alla segreteria**

**Società di Terapia del Dolore e Cure Palliative  
VINCERE IL DOLORE Onlus**

Segreteria Operativa c/o F.I.M.O. Srl - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze

Tel. 055 6800389 - Fax 055 683355

E-mail: [segreteria-vincereildolore@fimo.biz](mailto:segreteria-vincereildolore@fimo.biz)