



ASSOCIAZIONE NAZIONALE ATLETI OLIMPICI E AZZURRI D'ITALIA

Modulo di adesione a: COMITATO ASSISTENZIALE MEDICO DIAGNOSTICO

Titolo (Prof./Dott.) _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ *Luogo di nascita* _____

Residenza _____

Cap _____ *Città* _____ *Prov.* _____

Tel. _____ *Cell.* _____

e-mail _____

Specializzazione: _____

Ambulatorio Privato Sede: _____

_____ *Tel.* _____

Studio Ospedale Sede: _____

_____ *Tel.* _____

Eventuale sport praticato _____

Accetto di aderire al Comitato C.A.M.D. dell'Associazione Nazionale Atleti Olimpici e Azzurri d'Italia alle condizioni che mi sono state proposte dalla Sezione di _____

_____ li, _____

In Fede

Inviare a mezzo Fax allo 049 8790714

I dati riportati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dal Comitato Assistenziale Medico Diagnostico ANAOAI