

AVVISO IMPORTANTE

PER COMUNICARE CON LA SEGRETERIA SIN

I seguenti documenti:

- Domanda d'iscrizione e richiesta conferma d'accettazione
- Comunicazione d'avvenuto pagamento
- Pagamento quote associative con carta di credito
- Problemi con pagamenti pregressi
- Variazioni d'indirizzo
- Domande di patrocinio congressi

vanno inviati alla SEGRETERIA:

Segreteria Società Italiana di Nefrologia

Viale dell'Università, 11

00185 Roma

Tel. e Fax: 064465270 (Lunedì-Venerdì 9.00-17.00)

e-mail: nefrologia@sin-italy.org

I moduli per quanto sopra riportato sono scaricabili dal sito www.sin-italy.org e inoltre possono essere richiesti alla Segreteria SIN

Ogni altra richiesta va inviata al SEGRETARIO:

Dr. Mariano Feriani

Reparto di Nefrologia e Dialisi

Ospedale Umberto I

Via Circonvallazione, 50

30174 Mestre (VE)

Tel.: 0412607383

Fax: 0412607367

e-mail: mferiani@goldnet.it

SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

QUOTA ASSOCIATIVA

La quota associativa annuale alla SIN, a partire dall'anno 2005, è comprensiva della quota delle Sezioni Regionali od Interregionali ed è la seguente:

- Quota Senior:** € 50,00 (cinquanta/00 euro) per il 2005
 € 40,00 (quaranta/00 euro) per gli anni 2004 e precedenti
- Quota Junior*:** € 25,00 (venticinque/00 euro) per il 2005 e valida solo dal 2003 (vedi, di seguito i requisiti).

Attenzione: barrare la casella della quota ridotta ha valore di autocertificazione.

* Hanno diritto alla quota annuale Junior (**valida solo a partire dall'Anno Sociale 2003**) i Soci che soddisfino **a tutti i seguenti requisiti:**

- 1) Appartenenza ad una delle seguenti categorie: Volontari Ospedalieri od Universitari, Specializzandi, Dottorandi, Borsisti Ospedalieri od Universitari, Assegnisti.
- 2) Non abbiano raggiunto precedentemente o non raggiungano, nell'anno sociale al quale si riferisce la quota, l'età di 35 anni.
- 3) Non svolgano un'attività medica come libero professionista o dipendente o consulente o comunque un'attività remunerata presso strutture sanitarie pubbliche o private o ambulatori o poliambulatori.
- 4) Le condizioni precedenti siano autocertificate barrando l'apposita casella sul modulo di pagamento (**o dichiarandolo nella causale del versamento**).

Le quote arretrate precedenti l'anno 2003 sono di € 40,00 per tutti.

I nuovi Soci devono provvedere al pagamento solamente dopo aver ricevuto notifica d'accettazione della domanda d'iscrizione.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

* **Bonifico Bancario** a favore di "SIN" Banca Intesa, Ag. 4830, Piazza Indipendenza 21, Roma
 codici: ABI 03069, CAB 05081, C/C 6152283242/92.

È necessario indicare chiaramente nella causale **l'anno o gli anni cui si riferisce il pagamento e se si ha diritto alla quota ridotta.**

* **Assegno Bancario, Assegno Circolare o Vaglia Postale ordinario**

intestati a: Società Italiana di Nefrologia,
 Viale dell'Università, 11
 00185 Roma.

Indicare chiaramente nella causale **gli anni cui si riferisce il pagamento e se si ha diritto alla quota ridotta.**

* **Carte di credito** (CARTASI, VISA, EUROCARD/MASTERCARD): **vedi modulo apposito.**

IMPORTI:

Anni	Quota Senior	Quota Junior*
2007	€ 50,00	€ 25,00
2006 e 2007	€ 100,00	€ 50,00
2005, 2006 e 2007	€ 150,00	€ 75,00
2004, 2005, 2006 e 2007	€ 190,00	€ 90,00

* La quota Junior è applicata a partire dal 2003 compreso.

SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA
MODULO PER ADDEBITO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA SU
CARTA DI CREDITO

Anni	Quota Senior	Quota Junior*	Barrare
2007	€ 52,10	€ 26,05	<input type="checkbox"/>
2006 e 2007	€ 104,20	€ 52,10	<input type="checkbox"/>
2005, 2006 e 2007	€ 156,30	€ 78,15	<input type="checkbox"/>
2004, 2005, 2006 e 2007	€ 197,96	€ 93,78	<input type="checkbox"/>

* La quota Junior è applicata solo a partire dal 2003 compreso

Le cifre indicate comprendono il 4.2% di commissioni.

Barrare la casella in corrispondenza degli anni ai quali si riferiscono i versamenti.

Nome e Cognome del Socio: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____ Via/Piazza: _____

Città: _____ Provincia _____ CAP _____

Vi autorizzo all'addebito sulla mia Carta di Credito:

VISA / EUROCARD/MASTERCARD (barrare la voce)

N° CARTA DI CREDITO: _____ / _____ / _____ / _____ SCADENZA _____ / _____

INTESTATA A: _____

La/e quota/e associativa/e si riferisce/riferiscono all'/agli anno/i: _____

Dichiaro di avere tutti i requisiti, riportati in calce, per usufruire della riduzione della quota (barrare la casella solo in caso di positività)

Data _____ Firma _____

* Hanno diritto alla quota annuale Junior (**valida solo a partire dall'Anno Sociale 2003 compreso**) i Soci che soddisfino **a tutti i seguenti requisiti**:

- 1) Appartenenza ad una delle seguenti categorie: Volontari Ospedalieri od Universitari, Specializzandi, Dottorandi, Borsisti Ospedalieri od Universitari, Assegnisti.
- 2) Non abbiano raggiunto precedentemente o non raggiungano, nell'anno sociale al quale si riferisce la quota, l'età di 35 anni.
- 3) Non svolgano un'attività medica come libero professionista o dipendente o consulente o comunque un'attività remunerata presso strutture sanitarie pubbliche o private o ambulatori o poliambulatori.
- 4) Le condizioni precedenti siano autocertificate barrando l'apposita casella sul modulo di pagamento.

INVIARE PER POSTA A: SEGRETERIA Società Italiana Nefrologia
Viale dell'Università, 11
00185 Roma

O PER FAX (stesso destinatario): 064465270