

## 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](http://www.sin-italy.org) e inoltre possono essere richiesti alla Segreteria SIN**

#### Ogni altra richiesta va inviata al SEGRETARIO:

Alessandro Balducci

UOC di Nefrologia e Dialisi

Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata

Via della Amba Aradam, 9

00184 Roma

Tel.: 0677055222

Fax: 0677058145

e-mail: [albalducci@infinito.it](mailto:albalducci@infinito.it)

## SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA - QUOTA ASSOCIATIVA

La quota associativa annuale alla SIN, è comprensiva della quota delle Sezioni Regionali od Interregionali ed è la seguente:

Quota Senior: € 60,00 (sessanta euro)  Quota Junior\*: € 35,00 (trentacinque euro) valida dal 2003 (vedi, di seguito; i requisiti)

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

\* Hanno diritto alla quota annuale Junior 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).

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  
Codice IBAN: IT 33 W030 6905 0816 1522 8324 292

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 |
|-------------------------|--------------|--------------|
| 2010                    | € 60,00      | € 35,00      |
| 2009 e 2010             | € 120,00     | € 70,00      |
| 2008, 2009 e 2010       | € 170,00     | € 95,00      |
| 2007, 2008, 2009 e 2010 | € 220,00     | € 120,00     |

### MODULO PER ADDEBITO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA SU CARTA DI CREDITO

| Anni                    | Quota Senior | Quota Junior | Barrare                  |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------------------|
| 2010                    | € 62,52      | € 36,47      | <input type="checkbox"/> |
| 2009 e 2010             | € 125,04     | € 72,96      | <input type="checkbox"/> |
| 2008, 2009 e 2010       | € 177,14     | € 98,99      | <input type="checkbox"/> |
| 2007, 2008, 2009 e 2010 | € 229,24     | € 125,04     | <input type="checkbox"/> |

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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

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 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): 06-4465270



### Al Presidente della SIN

**Il sottoscritto, a conoscenza dello Statuto che ne regola l'attività ed accettandolo, chiede di essere accolto nella Società Italiana di Nefrologia**

Nome: ..... Cognome: .....  
 Data di nascita: ...../...../..... Luogo di nascita .....  
 Posizione professionale e Struttura in cui opera: .....  
 Regione di Domiciliazione Lavorativa: .....  
 Indirizzo per la corrispondenza: Via/Piazza: .....  
 Città: ..... Provincia o Stato Estero: .....  
 C.A.P.: ..... Telefono: .....  
 e-mail: ..... C.F. ....  
 Data: ...../...../..... Firma .....

**Presentazione da parte di due Soci SIN:**

1) Nome e Cognome .....  
 Indirizzo .....  
 Firma ..... Socio SIN? .....  
 2) Nome e Cognome .....  
 Indirizzo .....  
 Firma ..... Socio SIN? .....

**Si allega Curriculum Vitae (con eventuale elenco di pubblicazioni)**

**INFORMATIVA (ART. 13) E CONSENSO (ART. 23) EX D.LGS 196/2003**

Gentile collega,  
 desideriamo informarla che il Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") stabilisce che "Chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano".

Nel rispetto della normativa, la "Società Italiana di Nefrologia" tratterà tutti i Suoi dati secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni in merito ai Suoi dati:

**FINALITÀ:** gestione degli associati, per amministrazione delle quote associative, per adempimenti contabili e attività connesse;

**TIPOLOGIA DEI DATI:** dati personali e dati identificativi (come definiti nell'art. 4);

**MODALITÀ:** organizzazione degli archivi su supporto cartaceo e in forma prevalentemente automatizzata (in conformità all'art.11);

**NATURA:** obbligatoria (dati da Lei conferiti per le finalità suddette), e facoltativa (invio di materiale pubblicitario, materiale informativo sulle attività di codesta associazione o di altre con simili finalità, invio materiale riguardante iniziative di formazione e aggiornamento, raccolta dei dati a fini statistici riguardanti le attività professionali degli associati)

**DIFFUSIONE:** verrà effettuata diffusione dei dati all'esterno della Società di Nefrologia unicamente alla SIN-Ergy Srl, società ad essa collegata

**TITOLARE/RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO** è la Società Italiana di Nefrologia, in persona del suo presidente pro-tempore.

Le ricordiamo, infine, che potrà esercitare ogni Suo diritto ex D.Lgs.196/2003 e, in particolare, richiedere al titolare/responsabile l'accesso, la modifica, l'aggiornamento o la cancellazione dei Suoi dati.

Il Titolare del trattamento

Antonio Dal Canton  
*Antonio Dal Canton*

**RILASCIO DEL CONSENSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, dopo aver preso visione di quanto sopra riportato e di quanto indicato al riguardo nel Decreto Legislativo 196/2003, **DICHIARA IL SUO CONSENSO** al trattamento dei dati, che viene espresso nelle seguenti modalità:

È concesso     Non è concesso    PER I DATI PERSONALI OBBLIGATORI     È concesso     Non è concesso    PER I DATI PERSONALI FACOLTATIVI

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**INVIARE LA SCHEDA COMPILATA E GLI ALLEGATI** (Curriculum vitae + pubblicazioni)

**PER POSTA A:** SEGRETERIA Società Italiana di Nefrologia - Viale dell'Università, 11 - 00185 Roma - **O PER FAX** (stesso destinatario): 064465270

N.B.: attendere la notifica d'accettazione prima di effettuare il pagamento della quota associativa.