

A Associazione Medica Ebraica (AME)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a                      il                      medico specializzato in..... con attività  
lavorativa a ....(città)

Autorizza

la AME a fornire i propri dati a chi facesse richiesta di un contatto per  
motivi sanitari o scientifici.

Data

Firma