



— Associazione Medica Ebraica —

## Associazione Medica Ebraica (AME) - ETS

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a                    il                    medico specializzato in..... (specificare  
anche settore di attività) 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.

Luogo e Data

Firma