



Associazione Medica Ebraica

MODULO ISCRIZIONE alla Associazione Medica Ebraica

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Laurea in _____ **ottenuta presso** _____

Specialità _____

Città e luogo in cui si esercita la professione (libera o privata)

Recapito mail _____

Recapito telefonico _____

Note _____

Lo statuto della associazione è pubblicato sul sito AME <http://moked.it/ame> e sulla pagina facebook <https://www.facebook.com/associazione.medica.ebraica.italia>

Firma _____