

SOCIETÀ CULTURALE ITALIANA VETERINARI PER ANIMALI DA COMPAGNIA
SOCIETÀ FEDERATA ANMVI

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

- 1) On line tramite il sito <http://registration.scivac.it/> (DA PREFERIRE)
OPPURE
 2) Mediante il seguente modulo da inviare (scegliere una sola modalità):
 Per posta o per Fax 0372/457091 o per e-mail
 (dettagli indicati in basso nella seconda pagina)

- Compila TUTTI i campi
- Scrivi in STAMPATELLO
- Per comunicare variazioni ai tuoi dati, spunta la casella VARIATO e indica i nuovi dati nella colonna di destra
- Assegni o ricevute di bonifico o di versamento su CCP inviate senza la presente scheda NON saranno prese in considerazione.

COGNOME
 NOME
 TESSERA SCIVAC NUMERO
 SEI STATO ISCRITTO NEL 2017? Sì No

DATI FISCALI

	VARIATO	NUOVO DATO
CODICE FISCALE <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PARTITA I.V.A. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

RECAPITO PRIVATO

	VARIATO	NUOVO DATO
INDIRIZZO <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NAZIONE <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
TELEFONO <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
FAX <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
CELLULARE <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
E-MAIL <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

RECAPITO PROFESSIONALE (DATO OBBLIGATORIO SE ESISTENTE)

	VARIATO	NUOVO DATO
DENOM. STRUTTURA <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
DIPARTIMENTO <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
INDIRIZZO <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
CAP / COMUNE / PROV <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NAZIONE <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
TELEFONO <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
FAX <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
CELLULARE <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
E-MAIL <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

RECAPITO DA UTILIZZARE PER LA CORRISPONDENZA

ATTUALE PRIVATO PROFESSIONALE VARIATO PRIVATO PROFESSIONALE

SETTORE DI PRINCIPALE OCCUPAZIONE/INTERESSE

Indica in percentuale l'attività dedicata a ciascun settore

LIBERA PROFESSIONE %

MEDICINA PUBBLICA %

INSEGNAMENTO / RICERCA %

INDUSTRIA %

STRUTTURA IN CUI IL SOTTOSCRITTO ESERCITA (DATO OBBLIGATORIO SE ESISTENTE)

Indica la prevalente in caso di più strutture

STUDIO / AMBULATORIO VETERINARIO

CLINICA VETERINARIA

OSPEDALE VETERINARIO

LABORATORIO DI ANALISI

Ruolo

TITOLARE SOCIO

DIRETTORE SANITARIO COLLABORATORE

ASSOCIATO

REPERIBILITÀ Sì No

DICHIARO DI ESSERE (SE LAUREATO INDICARE L'ANNO DI LAUREA)

- LAUREATO IN MEDICINA VETERINARIA NELL'ANNO , CITTADINO ITALIANO ISCRITTO ALL'ORDINE DEI VETERINARI DI
 DALL'ANNO N° ISCRIZIONE ALL'ORDINE
- STUDENTE IN MEDICINA VETERINARIA (allegare certificato di iscrizione dell'anno in corso rilasciato dalla segreteria di facoltà)
- VETERINARIO DI ALTRA NAZIONALITÀ

