



Il/La sottoscritto/a Prof./Dott \_\_\_\_\_

*chiede di essere iscritto/a alla Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia*

**Soci presentatori:**

*(La firma è obbligatoria per l'iscrizione)*

1) Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

2) Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**In mancanza di Soci presentatori, allego breve curriculum**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Inviare la presente dichiarazione per E-mail a: [segreteria@siumb.it](mailto:segreteria@siumb.it) o per fax al n.° 06/3218257**