



MODULO ISCRIZIONE MEDICI INPS

Copia da inviare alla sede SMI

segreteria nazionale@sindacatomedicitaliani.it o fax 0694443406

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il ____ / ____ / ____ domiciliato a _____ Prov _____
Cap _____ in Via _____
Tel. _____ Cell _____
indirizzo mail _____

Libero professionista Specializzazione in _____

altra attività svolta con SSN _____ Presso _____

ATTIVITA' SVOLTA CON INPS

Medico di controllo presso SEDE INPS di _____ dal _____

Medico esterno presso SEDE INPS di _____ dal _____

Medico strutturato presso SEDE INPS di _____ dal _____

ALLEGA copia del pagamento di € 50,00 (cinquanta/00)

in favore di: S.M.I., Via Livorno, 36 00162 Roma

con versamento sul C/C CREVAL con cod. IBAN :

- **IT 37 C 05216 03208 000 000 004174**

con la seguente modalità - **CAUSALE : MEDICO INPS**

Data ____ / ____ / ____

Firma
