

AVVISO IMPORTANTE

PER COMUNICARE CON LA SEGRETERIA SIN

I seguenti documenti:

- Domanda d'iscrizione e richiesta conferma d'accettazione
- Comunicazione d'avvenuto pagamento
- Pagamento quote associative con carta di credito
- Problemi con pagamenti pregressi
- Variazioni d'indirizzo
- Domande di patrocinio congressi

Vanno inviati alla **SEGRETERIA:**

Segreteria Società Italiana di Nefrologia

Viale dell'Università, 11

00185 Roma

Tel. e Fax: 064465270 (Lunedì-Venerdì 9.00-17.00)

e-mail: nefrologia@sin-italy.org

I moduli per quanto sopra riportato sono scaricabili dal sito www.sin-italy.org e inoltre possono essere richiesti alla Segreteria SIN

Ogni altra richiesta va inviata al **SEGRETARIO:**

Dr. Mariano Feriani

Reparto di Nefrologia e Dialisi

Ospedale Umberto I

Via Circonvallazione, 50

30174 Mestre (VE)

Tel.: 0412607383

Fax: 0412607367

e-mail: mferiani@goldnet.it

SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

QUOTA ASSOCIATIVA

La quota associativa annuale alla SIN, a partire dall'anno 2005, è comprensiva della quota delle Sezioni Regionali od Interregionali ed è la seguente:

- Quota Senior:** € 50,00 (cinquanta/00 euro)
- Quota Junior*:** € 25,00 (venticinque/00 euro) valida dal 2003 (vedi, di seguito; i requisiti)

Attenzione: barrare la casella della quota ridotta ha valore di autocertificazione.

* Hanno diritto alla quota annuale Junior (valida solo a partire dall'anno sociale 2003) i Soci che soddisfino a tutti i seguenti requisiti:

- 1) Appartenenza ad una delle seguenti categorie: Volontari Ospedalieri od Universitari, Specializzandi, Dottorandi, Borsisti Ospedalieri od Universitari, Assegnisti.
- 2) Non abbiano raggiunto precedentemente o non raggiungano, nell'anno sociale al quale si riferisce la quota, l'età di 35 anni.
- 3) Non svolgano un'attività medica come libero professionista o dipendente o consulente o comunque un'attività remunerata presso strutture sanitarie pubbliche o private o ambulatori o poliambulatori.
- 4) Le condizioni precedenti siano autocertificate barrando l'apposita casella sul modulo di pagamento (**o dichiarandolo nella causale del versamento**).

Le quote arretrate precedenti l'anno 2003 sono di € 40,00 per tutti. I nuovi Soci devono provvedere al pagamento solamente dopo aver ricevuto notifica d'accettazione della domanda d'iscrizione.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

* **Bonifico Bancario** a favore di "SIN" Banca Intesa, Ag. 4830, Piazza Indipendenza 21, Roma
 codice IBAN: IT 33 W030 6905 0816 1522 8324 292
 È necessario indicare chiaramente nella causale **l'anno o gli anni cui si riferisce il pagamento e se si ha diritto alla quota ridotta**.

* **Assegno Bancario, Assegno Circolare o Vaglia Postale ordinario**
 intestati a: Società Italiana di Nefrologia
 Viale dell'Università, 11
 00185 Roma
 Indicare chiaramente nella causale **gli anni cui si riferisce il pagamento e se si ha diritto alla quota ridotta**.

* **Carte di credito** (CARTASI, VISA, EUROCARD/MASTERCARD): vedi modulo apposito.

IMPORTI:

Anni	Quota Senior	Quota Junior*
2008	€ 50,00	€ 25,00
2007 e 2008	€ 100,00	€ 50,00
2006, 2007 e 2008	€ 150,00	€ 75,00
2005, 2006, 2007 e 2008	€ 200,00	€ 100,00

* La quota Junior è applicata a partire dal 2003 compreso.

SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

MODULO PER ADDEBITO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA SU CARTA DI CREDITO

Anni	Quota Senior	Quota Junior*	Barrare
2008	€ 52,10	€ 26,05	<input type="checkbox"/>
2007 e 2008	€ 104,20	€ 52,10	<input type="checkbox"/>
2006, 2007 e 2008	€ 156,30	€ 78,15	<input type="checkbox"/>
2005, 2006, 2007 e 2008	€ 208,40	€ 104,20	<input type="checkbox"/>

* La quota Junior è applicata solo a partire dal 2003 compreso

Le cifre indicate comprendono il 4.2% di commissioni.

Barrare la casella in corrispondenza degli anni ai quali si riferiscono i versamenti.

Nome e Cognome del Socio: _____

Data di nascita: _____ / _____ / _____

Indirizzo: Via/Piazza: _____

Città: _____ Provincia _____ CAP _____

Vi autorizzo all'addebito sulla mia Carta di Credito:

VISA / EUROCARD/MASTERCARD (barrare la voce)

N° CARTA DI CREDITO: _____ / _____ / _____ SCADENZA _____ / _____

INTESTATA A: _____

La/e quota/e associativa/e si riferisce/riferiscono all'/agli anno/i: _____

Dichiaro di avere tutti i requisiti, riportati in calce, per usufruire della riduzione della quota (barrare la casella solo in caso di positività)

Data _____ Firma _____

* Hanno diritto alla quota annuale Junior (**valida a partire dall'anno Sociale 2003 compreso**) i Soci che soddisfino **a tutti i seguenti requisiti**:

- 1) Appartenenza ad una delle seguenti categorie: Volontari Ospedalieri od Universitari, Specializzandi, Dottorandi, Borsisti Ospedalieri od Universitari, Assegnisti.
- 2) Non abbiano raggiunto precedentemente o non raggiungano, nell'anno sociale al quale si riferisce la quota, l'età di 35 anni.
- 3) Non svolgano un'attività medica come libero professionista o dipendente o consulente o comunque un'attività remunerata presso strutture sanitarie pubbliche o private o ambulatori o poliambulatori.
- 4) Le condizioni precedenti siano autocertificate barrando l'apposita casella sul modulo di pagamento.

INVIARE PER POSTA A:

**SEGRETERIA Società Italiana Nefrologia
Viale dell'Università, 11
00185 Roma**

O PER FAX (stesso destinatario): 06-4465270



SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

Al Presidente della SIN

Il sottoscritto, a conoscenza dello Statuto che ne regola l'attività ed accettandolo, chiede di essere accolto nella Società Italiana di Nefrologia

Nome: Cognome:

Data di nascita: / / Luogo di nascita

Posizione professionale e Struttura in cui opera:

Regione di Domiciliazione Lavorativa:

Indirizzo per la corrispondenza: Via/Piazza:

Città: Provincia o Stato Estero:

C.A.P.: Telefono:

e-mail:

Data: / / Firma

Presentazione da parte di due Soci SIN:

1) Nome e Cognome

Indirizzo

Firma Socio SIN?

2) Nome e Cognome

Indirizzo

Firma Socio SIN?

Si allega Curriculum Vitae (con eventuale elenco di pubblicazioni)

INVIARE LA SCHEDA COMPILATA E GLI ALLEGATI (Curriculum vitae + pubblicazioni)

PER POSTA A:

SEGRETERIA Società Italiana di Nefrologia

Viale dell'Università, 11

00185 Roma

O PER FAX (stesso destinatario):

064465270

N.B.: attendere la notifica d'accettazione prima di effettuare il pagamento della quota associativa.



INFORMATIVA (ART. 13) E CONSENSO (ART. 23) EX D.Lgs 196/2003

Gentile collega,

desideriamo informarla che il Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") stabilisce che "Chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano".

Nel rispetto della normativa, la "Società Italia di Nefrologia" tratterà tutti i Suoi dati secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni in merito ai Suoi dati:

FINALITÀ: gestione degli associati, per amministrazione delle quote associative, per adempimenti contabili e attività connesse

TIPOLOGIA DEI DATI: dati personali e dati identificativi (come definiti nell'art. 4);

MODALITÀ: organizzazione degli archivi su supporto cartaceo e in forma prevalentemente automatizzata (in conformità all'art.11);

NATURA: obbligatoria (dati da Lei conferiti per le finalità suddette), e facoltativa (invio di materiale pubblicitario, materiale informativo sulle attività di codesta associazione o di altre con simili finalità, invio materiale riguardante iniziative di formazione e aggiornamento, raccolta dei dati a fini statistici riguardanti le attività professionali degli associati)

DIFFUSIONE: verrà effettuata diffusione dei dati all'esterno della Società di Nefrologia unicamente alla SIN-Ergy Srl, società ad essa collegata

TITOLARE/RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO è la Società Italiana di Nefrologia, in persona del suo presidente pro-tempore.

Le ricordiamo, infine, che potrà esercitare ogni Suo diritto ex D.Lgs.196/2003 e, in particolare, richiedere al titolare/responsabile l'accesso, la modifica, l'aggiornamento o la cancellazione dei Suoi dati.

Il Titolare del trattamento

Carmine Zoccali

RILASCIO DEL CONSENSO

Il sottoscritto _____, dopo aver preso visione di quanto sopra riportato e di quanto indicato al riguardo nel Decreto Legislativo 196/2003, **DICHIARA IL SUO CONSENSO** al trattamento dei dati, che viene espresso nelle seguenti modalità:

- | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> È concesso | <input type="checkbox"/> Non è concesso | PER I DATI PERSONALI OBBLIGATORI |
| <input type="checkbox"/> È concesso | <input type="checkbox"/> Non è concesso | PER I DATI PERSONALI FACOLTATIVI |

Luogo e data _____

Firma _____