

Domanda di iscrizione alla SICOP – Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica

Modulo scaricato dal sito <http://www.sicopweb.it/>



Nome:

Cognome:

Luogo e data di nascita:

Luogo e data della Laurea:

Luogo e data della Specialità:

Ospedale o Istituto di appartenenza attuale:

Indirizzo casa (riservato, solo per corrispondenza SICOP) Cap: Città:

Tel.:

E-Mail:

Fax: Cell.:

Indirizzo lavoro (facoltativo, da pubblicare sul sito o fornire a pazienti e Ditte)

Indirizzo:

Cap: Città:

Tel.:

E-Mail:

Socio presentatore:

Elenco allegati:

- **Stage di Oftalmoplastica in Italia o all'estero**
- **Lavori di oftalmoplastica pubblicati su riviste indicizzate**
- **Comunicazioni a Congressi di oftalmoplastica**

Inoltrare la presente domanda e gli allegati al Segretario della SICOP:

Dott.ssa ADRIANA IULIANO

Clinica Oculistica Università Federico II – Via Pansini, 5 - 80131 Napoli

e-mail: info@sicopweb.it