

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA  
**SOCIETA' PIEMONTESE-LIGURE-LOMBARDA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Data, .....

Spett.le Segreteria S.P.L.L.O.T.  
C/O EDIZIONI MINERVA MEDICA SPA  
Corso Bramante n. 83 – 10126 TORINO  
Tel. 011/678282 – Fax 011/674502  
E-mail: spllot@spllot.it

Il Dott./Prof.

Cognome ..... Nome .....

nato a ..... il .....

residente a .....C.A.P. .... Via/Corso.....

.....Tel. ....E-mail.....

Laureato presso l'Università di\* ..... anno\* .....attualmente in  
servizio presso l'Ospedale.....in qualità di.....

**Chiede**

di essere iscritto alla S.P.L.L.O.T. per l'anno .....

FIRMA \_\_\_\_\_

Il versamento della quota può avvenire esclusivamente con bonifico bancario intestato a:

SPLLOT Corso Bramante 83 Torino  
BANCA INTESA SANPAOLO, IBAN IT77T0306909606100000116044

**Quota S.P.L.L.O.T. € 50,00**

\*dati facoltativi