AL PRESIDENTE DELLA SOCIETA' MEDICA CHIRURGICA DI BOLOGNA

BOLOGNA_____

IL SOTTOSCRITTO_____

NATO A_____IL_____

LAUREATO IN_____IL_____

SPECIALIZZAZIONE/I_____

POSIZIONE ACCADEMICA E/O PROFESSIONALE_____

SI RIVOLGE ALLA S.V. PER ESSERE ISCRITTO A CODESTA SOCIETA'

_____

SOCI PRESENTATORI_____

_____

INDIRIZZO_____
_____
TEL._____FAX_____
E.MAIL._____

ALLEGARE CURRICULUM VITAE AGGIORNATO

Società Medica Chirurgica di Bologna
Piazza Galvani, 1
Bologna
Tel e Fax: 349 8682492
E-mail: societamedicachirurgicabologna@gmail.com