



Richiesta iscrizione al LESC

Io sottoscritto

Cognome e Nome del Medico _____

Numero di Iscrizione all'Albo _____

chiedo di essere iscritto all' Associazione LESC Lipoemulsione Sottocutanea

Nome Studio / Centro Medico _____

Sede operativa Indirizzo _____

C.A.P. e Città _____

Telefono del centro _____

E-mail personale del Medico _____

Recapito personale del Medico (Cellulare) _____

Nota: Allegare Curriculum Vitae

Da restituire compilato al numero di fax 075.5001251 o a info@ lesc.it

Firma per accettazione