

UNIONE MEDICI ARABI IN ITALIA (UMAI)



اتحاد الأطباء العرب في إيطاليا

SCHEDA PER L'ISCRIZIONE ALLA UNIONE MEDICI ARABI IN ITALIA (U.M.A.I)

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Nazionalità: _____

Residente a _____ Prov _____ C.A.P _____

Indirizzo: _____ Nr: _____

Tel: _____ e-mail: _____

Chiede l'iscrizione all'unione (U.M.A.I) in qualità socio ordinario.

Data _____ Firma _____