

**A.I.M.E.**  
ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA ESTETICA  
**DOMANDA DI AMMISSIONE**  
**(COMPILARE IN STAMPATELLO)**

Cognome		
Nome		
Domicilio		Cap
Via		
Tel: Abit.	Studio	Cell.
e-mail		
Codice Fiscale		
TITOLO DI STUDIO		
Conseguito il		
Specializzazione e titoli professionali		
Breve curriculum		
Autorizzo a inserire il mio nominativo nell'elenco dei medici iscritti all'A.I.M.E. presente nel sito <a href="http://www.medicinaestetica.net">www.medicinaestetica.net</a>		
Elenco Generale	[si]	[no]
Sezione Odontoiatria Estetica	[si]	[no]
Sezione Oftalmologia Estetica	[si]	[no]
<b>A.I.M.E.</b> <b>Piazza G. Marconi 11 – 01033 Civita Castellana (VT) –</b> <b>Info: Tel. 0761.518070 - Fax 0761.598399 (attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 13 alle ore 18) -</b> <b><a href="http://www.medicinaestetica.net">www.medicinaestetica.net</a> - <a href="mailto:info@nuovalute.com">info@nuovalute.com</a></b>		
c/c bancario n. 19317 CAB: 03239 ABI: 01005 IBAN: IT89Z010050323900000019317 Banca Nazionale del Lavoro – Ag. n. 9 – Roma –		
Iscrizione Annuale euro 100,00		
<b>DATA</b>	<b>FIRMA</b>	