

ASSOCIAZIONE ALUMNI
MODULO RICHIESTA D'ISCRIZIONE

Cognome e Nome

Titolo di studio

Indirizzo privato

Telefono privato Fax privato

Attuale posizione ricoperta

Ente o Società

Ufficio o Laboratorio o Dipartimento o altro

.....

Indirizzo Ufficio

Telefono Fax E-mail

Quota Socio Ordinario: 30,00 €

Indicare indirizzo per corrispondenza: /_/ Privato /_/ Ufficio

Periodo di presenza presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri:

/_/ Sede di Milano /_/ Laboratori di Bergamo /_/ Consorzio Mario Negri Sud

Dal al

Qualifica:

/_/ Dipendente /_/ Borsista /_/ Frequentatore /_/ Studente in tesi /_/ Amministrativo

Titolo eventualmente conseguito presso l'Istituto:

/_/ Specialista Ricerca Farmacologica /_/ Tecnico Ricerca Biochimica /_/ Laboratorista Biologico