

RINNOVI

Quota intera € 300,00

- Per il medico che abbia compiuto il 32° anno di età

Quota ridotta € 150,00

- Che **non** abbia compiuto il 32° anno di età
- Per i dottori che hanno superato il 70esimo anno di età

MODALITÀ PAGAMENTO

- **Bonifico bancario**

ANDI Sezione Provinciale di Roma
Banca di Desio e della Brianza

Codice IBAN: **IT 02 Y 03440 03217 000000310300**

- **Contanti**
- **Assegno**
- **Pos**

Nella causale specificare **COGNOME, NOME e RINNOVO**