Società Italiana Banche degli Occhi

# RINNOVO ANNUALE ANNO 2019



La Società Italiana Banche degli Occhi si propone di contribuire alla diuusione e al miglioramento della qualità del trapianto di cornea e del trattamento di patologie oculari, attraverso la promozione e lo sviluppo dell’eye banking. Essa:

 promuove l`attività scientifica, didattica e culturale nel campo dell` eye banking anche mediante iniziative divulgative dirette agli operatori e la definizione, la diuusione e applicazione di linee guida inerenti alle attività di eye banking e la costituzione e strutturazione delle banche degli occhi;

promuove l’organizzazione di corsi, convegni, conferenze, dibattiti, seminari e iniziative didattiche, scientifiche e di ricerca sull`eye banking, il trapianto di cornea, le patologie corneali e della superficie oculare;

 instaura il collegamento, la collaborazione e l’interscambio scientifico e culturale con enti nazionali ed esteri operanti con finalità analoghe;

 si propone quale interlocutore di riferimento per le istituzioni che coordinano l’attivita di trapianto in Italia (Centro Nazionale trapianti, Centri Regionali e Centri Interregionali di Coordinamento per i Trapianti);

 promuove campagne di sensibilizzazione sociale sulle malattie oculari ovvero partecipa alle stesse;

 promuove ricerche scientifiche finalizzate allo studio e al miglioramento delle tecniche dell’ eye banking, e alla valutazione dei risultati conseguiti;

 formula proposte presso interlocutori pubblici e privati, volte alla tutela e promozione dell’ eye banking

 intraprende ogni iniziativa idonea a favorire il collegamento e la collaborazione tra le banche degli occhi italiane

## Cognome e nome: Luogo e data di nascita: Codice fiscale: Qualifica: Indirizzo per Ia corrispondenza Ente/Istituzione: Telefono: Fax: Email:

**DICHIARA DI:**

**ESSERE AFFILIATO AD UNA BANCA DEGLI OCCHI**

**NON ESSERE AFFILIATO AD UNA BANCA DEGLI OCCHI**

**e chiede di essere iscritto alla SIBO per I’ anno 2019.**

**Data Firma**

In caso di aflliazione ad una banca degli occhi, indicare il nome e /indirizzo della banca degli occhi di appartenenza,

se diuerente dall' indirizzo per la corrispondenza indicata sopra:

**INVIARE IL MODULO COMPILATO ALLA SEGRETERIA SIBO** C/O BANCA DEGLI OCCHI DI MONZA, OSPEDALE S. GERARDO,

Via Pergolesi 33 – 20900 Monza (MB)

Tel: 039 2339914-12 - Fax: 039 2333557- Email: [f.pateri@asst-monza.it.](mailto:f.pateri@asst-monza.it)

La richiesta di iscrizione/rinnovo annuale a socio ordinario va accompagnata da una attestazione di aflliazione/collaborazione con una banca degli occhi rilasciata dal Legale Rappresentante dell’ente di appartenenza della banca. La richiesta di iscrizione/rinnovo annuale e' valida contestualmente al pagamento della quota associativa.

Società Italiana Banche degli Occhi

# RINNOVO ANNUALE (30 € PER IL 2019)



Effettuo il pagamento di € in contanti

Effettuo il pagamento di € mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie:

**Banco BPM Banca Popolare di Novara**

Corso Fiume 13 -10131- TORINO

IBAN: IT 65 W 05034 01013 000000022060

Riferimento conto: Società Italiana Banche degli Occhi Causale: iscrizione/rinnovo annuale SIBO

Totale importo del bonifico (in euro): Banca che euettua il trasferimento: Data del trasferimento: Numero di riferimento del bonifico: Nome del titolare del conto:

**INVIARE IL MODULO COMPILATO E L’ EVENTUALE RICEVUTA DI BONIFICO ALLA SEGRETERIA SIBO**

C/O BANCA DEGLI OCCHI DI MONZA, OSPEDALE S. GERARDO,

Via Pergolesi 33 – 20900 Monza (MB)

Tel: 039 2339914-12 - Fax: 039 2333557- Email: [f.pateri@asst-monza.it.](mailto:f.pateri@asst-monza.it)