

S.I.F.I.P. Società Italiana Formazione in Psichiatria

Modulo di richiesta Rivista L'altro

Nome richiedente: \_\_\_\_\_

Cognome richiedente: \_\_\_\_\_

E-mail richiedente: \_\_\_\_\_

Professione richiedente: \_\_\_\_\_

Indirizzo richiedente: \_\_\_\_\_

Servizio scelto:

Abbonamento annuale

Numero arretrato \_\_\_\_\_ (indicare il/i numero/i scelti)