









La Società Italiana Banche degli Occhi si propone di contribuire alla diffusione 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 diffusione 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'attività 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 la corrispondenza _____

Ente/Istituzione: _____

Telefono: CELL. _____

Fax: _____

Email: _____

DICHIARA DI:

ESSERE AFFILIATO AD UNA BANCA DEGLI OCCHI

NON ESSERE AFFILIATO AD UNA BANCA DEGLI OCCHI

E PRESENTA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE SIBO.

Data _____ **Firma** _____

In caso di affiliazione ad una banca degli occhi, indicare il nome e /indirizzo della banca degli occhi di appartenenza, se differente dall' indirizzo per la corrispondenza indicata sopra: _____

INVIARE IL MODULO COMPILATO ALLA SEGRETERIA SIBO

E-mail: segreteria@bancheocchi.it

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

La domanda sarà valutata nel più breve tempo possibile. Dopo approvazione da parte del Consiglio Direttivo SIBO la Segreteria avviserà il richiedente e autorizzerà il pagamento di € 50,00 mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie:

Banco BPM Banca Popolare di Novara

Piazza San Carlo, Via XX Settembre, 42 -10121- TORINO

IBAN: IT 68 V 05034 01000000000034224

Riferimento conto: Società Italiana Banche degli Occhi

Causale: iscrizione/rinnovo annuale SIBO

Dalla ricezione del bonifico il richiedente sarà considerato un nuovo Socio SIBO

Totale importo del bonifico (in euro): 50,00

Banca che effettua il trasferimento: _____

Data del trasferimento: _____

Numero di riferimento del bonifico: _____

Nome del titolare del conto: _____

INVIARE IL MODULO COMPILATO E LA RICEVUTA DI BONIFICO TRAMITE MAIL ALLA SEGRETERIA SIBO

E-mail: segreteria@bancheocchi.it
