

CORSO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA

**SCHEDA
DI ISCRIZIONE**

Si prega di compilare in stampatello e di inviare alla Segreteria Organizzativa:
Comunicazion&venti - Tel. 0543 720901 - Fax 0543 031646 - info@comunicazioneventi.it

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Tel. _____ E-mail _____

Luogo e data nascita _____

Codice Fiscale _____

Date a cui si intende partecipare: 18 Maggio 2017 19 Maggio 2017

Indicare la professione: Medico chirurgo Specializzando

Indicare la disciplina: Gin. e Ostet. Oncologia Urologia Chir. Gen.

QUOTA DI ISCRIZIONE comprensiva di IVA	Entro il 14 Aprile	15 Aprile / 8 Maggio
Quota per due giornate Med. Chir.	<input type="checkbox"/> € 420,00	<input type="checkbox"/> € 500,00
Quota giornata singola Med. Chir.	<input type="checkbox"/> € 210,00	<input type="checkbox"/> € 250,00
Quota per due giornate Specializzando *	<input type="checkbox"/> € 200,00	<input type="checkbox"/> € 300,00
Quota giornata singola Specializzando *	<input type="checkbox"/> € 100,00	<input type="checkbox"/> € 150,00
Cena Eataly	<input type="checkbox"/> € 45,00	<input type="checkbox"/> € 45,00
Visita Mostra Art Decò	<input type="checkbox"/> € 24,00	<input type="checkbox"/> € 24,00
* l'iscrizione dovrà essere accompagnata da una dichiarazione della scuola di specializzazione o da un documento comprovante l'iscrizione alla scuola.		
Pagamento tramite Bonifico Bancario presso Banca BPER, IBAN IT51Z0538767950000002069432 a favore di Comunicazion&venti / CORSO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA 2017		

Dati per la fatturazione (se diversi da quelli sopra indicati)

Rag. Sociale o cognome e nome _____

Via _____ Città _____ CAP _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Reclutato tramite sponsor No Si* Per reclutamento diretto si intende aver ricevuto un contributo per la partecipazione all'evento in oggetto o con il pagamento quota iscrizione o con il contributo per le spese logistiche sostenute per il viaggio. Nell'eventualità indicare nome sponsor e compilare la dichiarazione invito da richiedere alla segreteria organizzativa.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L.196/2003 sulla privacy

Data _____ Firma _____