

FORM ISCRIZIONE

Le parole che non dimentico. Comunicare la diagnosi in Chirurgia
Olbia – Ospedale "Giovanni Paolo II" – 11 marzo 2017



Compilare ed inviare a
SEGRETERIA NAZIONALE
VIA COSTANTINO MORIN 45, ROMA
tel 06 375183937 - fax 06 37518941
segreteria@acoi.it

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Codice Fiscale

Istituto / Ospedale / Università

Indirizzo residenza

CAP

Città

Prov.

Cell.

Tel. / Fax.

e-mail

Professione

Disciplina

Ordine/Collegio/Associazione

Numero iscrizione

Inquadramento professionale (libero professionista/dipendente/convenzionato/privo di occupazione)

QUOTA E MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

- SOCIO ACOI** (in regola posizione associativa 2017)
- NON SOCIO / SOCIO NON IN REGOLA POSIZIONE ASSOCIATIVA**
- SPECIALIZZANDO**

QUOTA GRATUITA
QUOTA € 180,00 (compresa IVA)
QUOTA 50€ (compresa IVA)

PAGAMENTO (entro il 28 febbraio 2017)

Carta di credito / Accreditare la cifra di € _____ Visa Mastercard Carta Sì

Carta di credito n. _____ Data di scadenza ____/____/____

Intestatario _____ Data ____/____/____ Firma _____

Bonifico Bancario € _____

Beneficiario: "A.C.O.I." Banca: Unicredit Banca IBAN code: IT47E0200805007000400733198

Il sottoscritto ai sensi della DLg. 196/03 dichiara di autorizzare la il provider al trattamento dei dati secondo quanto previsto dalla normativa che regola la formazione facente parte del protocollo ECM, e l'invio in futuro di annunci e comunicazioni inerenti a convegni / congressi.

Firma _____