

FORM ISCRIZIONE
Le Sepsi Addominali
Cagliari – T Hotel - 2 dicembre 2017
Rif.ECM 1579-202836



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

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> SOCIO ACOI (in regola posizione associativa 2017) | QUOTA GRATUITA |
| <input type="radio"/> NON SOCIO / SOCIO NON IN REGOLA POSIZIONE ASSOCIATIVA | QUOTA € 180,00 (compresa IVA) |
| <input type="radio"/> MEDICO (specializzazione non afferente ACOI) | GRATUITO (20 posti disponibili) |
| <input type="radio"/> SPECIALIZZANDO | QUOTA 50€ (compresa IVA) |
| <input type="radio"/> INFERMIERE | GRATUITO (20 posti disponibili) |

PAGAMENTO (entro 19 novembre 2017)

Carta di credito / Accreditate 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 _____