Cod. C10

CORSO INTER REGIONALE
DI AGGIORNAMENTO

LA SPALLA DEGENERATIVA

Treviso, Sabato 2 Ottobre 2010

DAL RISCONTRO CLINICO-DIAGNOSTICO AL TRATTAMENTO
QUALE IL PERCORSO PIU' EFFICACE?

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello e spedire unitamente al pagamento a:

My Meeting S.r.l. – Via I° Maggio 33/35
40064 Ozzano dell'Emilia (BO)
Tel. +39 051 796971 - Fax +39 051 795270
e-mail: info@mymeetingsrl.com

Scadenza per l'iscrizione 27 Settembre 2010

Dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale

Cognome _____ Nome _____

Istituto _____

Reparto _____ Ruolo _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____ Stato _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ Cellulare _____

Indirizzo privato _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____ Stato _____

DATI PER LA FATTURAZIONE (OBBLIGATORI)

Cognome Nome/Ragione sociale: _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Partita IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE
Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72)
Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA

QUOTE DI ISCRIZIONE (IVA inclusa)

Quota regolare	**€ 70,00**
Studenti di Medicina e Fisioterapia	**gratuito**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

❑ **Carta di credito**

❑ **VISA** ❑ **EUROCARD** ❑ **MASTERCARD**

Numero carta |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di scadenza |_|_|_|_| Codice di sicurezza |_|_|_|

Titolare della carta _____

Importo totale da prelevare € _____

❑ **Bonifico bancario**
In favore di: My Meeting Srl
Causale versamento: CORSO LA SPALLA DEGENERATIVA
Banca: CARISBO – Filiale di San Lazzaro di Savena (BO)
IBAN: IT13Y 06385 37070 100000006418
Si prega di allegare alla "Scheda d'iscrizione" copia dell'avvenuto bonifico.

DESIDERO PORRE ALLA FACULTY LA SEGUENTE DOMANDA

Le domande saranno tenute in considerazione dai Relatori alle quali daranno una risposta durante la Sessione "La Faculty Risponde":

_____

_____

_____

_____

Per il consenso ai trattamenti e alle comunicazioni descritti nell'informativa riportata nel Programma autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 sulla privacy.

Data _____

Firma _____