

PATOLOGIE DI CONFINE 6

HOTEL RAMADA, NAPOLI – 31 Marzo/2 Aprile 2016

Riservato alla Segreteria

ATTENZIONE! LA SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA IN TUTTI I CAMPI.

DATI ANAGRAFICI

COGNOME	NOME	
PROFESSIONE:		
INDIRIZZO(1)		
CAP	COMUNE	PROVINCIA
TELEFONO	FAX	E-MAIL

DATI PER LA FATTURAZIONE (OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE		
INDIRIZZO FISCALE ⁽²⁾		
CAP	COMUNE	PROVINCIA
CODICE FISCALE	PARTITA IVA	

SPEDIZIONE DELLA FATTURA

DESIDERO CHE LA FATTURA VENGA SPEDITA: AL MIO INDIRIZZO PERSONALE ⁽¹⁾ ALL'INDIRIZZO E-MAIL

ALL'INDIRIZZO FISCALE ⁽²⁾ – ALL'ATTENZIONE DI :

PAGAMENTO ISCRIZIONE AL CONGRESSO (IVA INCLUSA)

CATEGORIA	Entro il 10/03/2016		Dopo il 10/03/2015	
Medico	<input type="checkbox"/>	€ 60,00	<input type="checkbox"/>	€ 250,00
Altra professione	<input type="checkbox"/>	€ 20,00	<input type="checkbox"/>	€ 40,00

- Vi invio copia del bonifico bancario di Euro _____ sul c/c n. 20075 del Banco Popolare Società Cooperativa - Banco di Chiavari e della Riviera Ligure (Ag. 30) IBAN IT45U 05034 01424 000000003569 intestato a: Aristeia International s.r.l. SWIFT: BAPPIT21A30

Data

Firma

Si informa che i dati da Lei forniti verranno trattati da Aristeia International s.r.l. per le procedure relative all'iscrizione al Congresso, nonché per l'invio di documentazione relativa ad altre iniziative da noi organizzate, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche.

Spedire a:
ARISTEA • Via Roma, 10 • 16121 Genova • Fax 010 5535970