

**Scheda di Iscrizione**(compilare ed inviare via fax 049/9985105 o email a congressi@clinicacittagiardino.it)

Cognome	_____	Nome	_____
Luogo Nascita	_____	Data Nascita	_____
Indirizzo	_____		
CAP	_____	Città/Prov.	_____
Indirizzo Fatturazione	_____		
Codice Fiscale	_____		
Partita IVA	_____		
Telefono	_____	Cellulare	_____
Fax	_____	Numero Iscrizione Ordine, Collegio, Ass. prof.li	_____
Email	_____	P.E.C.	_____
Attività	<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Dipendente	<input type="checkbox"/> Convenzionato
Professione	<input type="checkbox"/> Medico Chirurgo	<input type="checkbox"/> Specializzando	<input type="checkbox"/> Specialista: _____

Tipo di iscrizione

Partecipazione	<input type="checkbox"/> Individuale (senza Sponsor)	<input type="checkbox"/> Sponsorizzata Nome Azienda : _____
Altro:	_____	

Costi iscrizione

		Quota IVA inclusa
Prima del 1/3/2017		€ 200
Prima del 1/3/2017	Soci AICPE e specializzandi	€ 150
Dopo il 1/3/2017		€ 250
Dopo il 1/3/2017	Soci AICPE e specializzandi	€ 200

 Allegare alla presente copia dell'avvenuto bonifico intestato a: **ARS CHIRURGICA SRL**.

IBAN: IT50M0200812117000060036260

CAUSALE: Corso Mastoplastica + NOME E COGNOME

Ai sensi del D.Lgs n. 196/03, preso atto dell'informativa sulla privacy presente sul sito www.joiningpeople.it/privacy, si autorizza la Joining People Srl al trattamento dei dati personali sopra riportati, per il raggiungimento delle finalità previste.
Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiaro di essere consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000).

Segreteria Organizzativa:
Clinica Città Giardino via Piccoli 6 Padova
Email congressi@clinicacittagiardino.it Tel 0498911049

Firma
