

Chirurgia ricostruttiva del distretto testa-collo: esperienza di una scuola

Parma, sabato 8 febbraio 2014

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare, entro il **15 gennaio 2014**, via e-mail o via fax, a:

Stilema S.r.l. - Via Cavour, 19 - 10123 Torino

Tel. 011 530066 - Fax 011 534409

e-mail: organizzazione@stilema-to.it

Nome*

Cognome*

Codice Fiscale*

Luogo e data di nascita*

Professione*

Disciplina*

Indirizzo di residenza

CAP

Città

Prov.

Tel.

Fax

Cellulare

e-mail

Dipendente / Libero professionista (barrare la voce desiderata)*

Ente/Ospedale/Università

Indirizzo

CAP

Città

Prov.

Tel.

e-mail*

* Dati obbligatori per l'ottenimento dei crediti ECM

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e/o 47 DPR 445/00 in materia di autocertificazione, ed ai sensi e nel rispetto dell'art. 13 DLGS 196/03, in materia di trattamento di dati personali, il sottoscritto dichiara che i dati forniti corrispondono a verità e ne autorizza il trattamento.

Data

Firma

ISCRIZIONE

- gratuita: specializzandi e studenti
- 60,00 euro: soci SICMF e AIOCC
- 90,00 euro: non soci

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale/Nome Cognome*

Indirizzo*

CAP*

Città*

Prov.*

P.IVA e Codice Fiscale*

Tel.*

Fax*

e-mail*

* Dati obbligatori

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario a favore di Stilema s.r.l.
Banca Regionale Europea IBAN IT26W069060101500000021172
(copia del bonifico dovrà essere allegata alla scheda di iscrizione)

Carta di credito: Visa Master Card

Numero

Codice CCV

Data di scadenza (mese e anno)

Nome del titolare

Autorizzo l'addebito della mia carta di credito
per l'importo di Euro

Firma del titolare

