SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologi a
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Musica Radio Televisione ed il Debole di Udito

CORSO DI AGGIORNAMENTO TEORICO - PRATICO PER AUDIOPROTESISTI, AUDIOMETRISTI, LOGOPEDISTI, MEDICI SPECIALISTI ORL, AUDIOLOGIA, FONIATRIA

Reggio Emilia, 14 Aprile 2012

Centro Convegni - Hotel Mercure Astoria
Viale Nobili, 2

Scheda di Iscrizione

Da inviare, compilata in ogni sua parte,
a INTERMEETING entro il 09/04/2012
tramite mail (segreteria@intermeeting.it) o tramite fax (0039 0521 228981)

Cognome_____Nome_____

Nato a_____Prov._____il_____

Codice fiscale_____

Professione_____

Disciplina_____

❏ LIBERO PROFESSIONISTA
❏ DIPENDENTE
❏ CONVENZIONATO

Ente/Istituto _____

Indirizzo Ente_____

CAP_____Città_____Prov._____

e-mail_____

Indirizzo personale_____

CAP_____Città_____Prov._____

Telefono_____Cellulare_____

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA ESCLUSA)

❏ € 120,00 + Iva 21% (Tot. € 145,20)

P.S. Le registrazioni effettuate da enti pubblici saranno esenti IVA.

MODALITA' DI PAGAMENTO:

❏ BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:
INTERMEETING - UNICREDIT BANCA AG. PARMA MAZZINI
IBAN: IT 22 Q 02008 12720 000002501131

Prego specificare nome e cognome del partecipante e luogo e data del corso.
Le spese bancarie dovranno essere interamente a carico del partecipante.

CANCELLAZIONI E RIMBORSI:
Le cancellazioni saranno accettate solo se perverranno per iscritto.
- Se ricevute entro il 02/04/2012 daranno diritto ad un rimborso pari al 50% della quota di iscrizione;
- Se ricevute dopo il 02/04/2012 non daranno diritto a nessun rimborso.

ESTREMI DI FATTURAZIONE:

Desidero fattura intestata a:

Indirizzo _____

CAP_____Città_____Prov._____

Partita Iva_____
In assenza di P.IVA, indicare il proprio codice fiscale

In ottemperanza all'art. 23 del D.Lgs. n° 196/03 del 30 giugno 2003, presto il consenso al trattamento dei miei dati

Data_____Firma_____