

SCHEDA DI ISCRIZIONE

**CORSO DI DERMATOLOGIA PEDIATRICA**

**Mercoledì 29 settembre 2010**

Si richiedono i crediti ECM SI  NO  MEDICO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sede Lavoro \_\_\_\_\_

Indirizzo Lavoro \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Tel. lavoro \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dati per la fatturazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ P.IVA / C.F. \_\_\_\_\_

**QUOTE DI ISCRIZIONE euro 50,00 (+IVA 20%)**

*Il corso è a numero chiuso e gratuito per i Soci A.D.O.I. iscritti al Congresso*

**RIEPILOGO PAGAMENTO**

**QUOTA** euro \_\_\_\_\_

**+ IVA 20%** euro \_\_\_\_\_

**TOTALE PAGAMENTO** euro \_\_\_\_\_

**PAGAMENTO EFFETTUATO A MEZZO:**

BONIFICO  VAGLIA POSTALE

ASSEGNO N. \_\_\_\_\_ BANCA \_\_\_\_\_

ON LINE CON CARTA DI CREDITO

<http://eshop.italymeeting.it>

**CARTA DI CREDITO**

VISA  MASTERCARD  EUROCARD

NUMERO \_\_\_\_\_

CVV - Codice di Sicurezza (le ultime tre cifre del numero riportato sul retro della Carta) \_\_\_\_\_

INTESTATA A \_\_\_\_\_

DATA DI SCADENZA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**SCHEDE DI ISCRIZIONE SENZA L'ALLEGATO PAGAMENTO NON SARANNO VALIDE.**

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE** - Coloro che desiderano partecipare al Corso sono pregati di inviare alla Segreteria Organizzativa ITALYMEETING la scheda di iscrizione, debitamente compilata ed accompagnata dalla relativa quota. Il pagamento può essere effettuato mediante assegno circolare, vaglia postale, carta di credito o bonifico bancario al netto di spese per il beneficiario sul c/c **IT 71 T 03002 40261 000003932981 UniCredit Banca di Roma, Corso Italia, 259, 80067 Sorrento (NA) intestato alla ITALYMEETING srl**, oppure pagamento on - line all'indirizzo web <http://eshop.italymeeting.it>

**INVIARE A: ITALYMEETING srl - Via Parsano,6/b - 80067 SORRENTO (NA) - tel. 0818073525 - 0818784606 - fax 0818071930**  
**info@italymeeting.it - ado2010@italymeeting.it**

Io sottoscritto/a in piena conoscenza della Lg. 31/12/1996, n. 675, ed in particolare degli artt. 11, 20, 22, 24 e 28 acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali ad opera della Italymeeting srl nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_