

AFI DAYS

Roma, 4-5 maggio 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di voler rinviare la scheda compilata in tutte le sue parti entro il 25 aprile 2018

Cognome/Nome.....

Indirizzo

CAP.....Città.....Pr

Tel.....

E- mail.....

C. FISCALE _____

ISCRIZIONE CORSO (gratuita)

INFERMIERE FISIOTERAPISTA

ISCRIZIONE CONGRESSO

- MEDICO SOCIO AFI gratuito
 MEDICO NON SOCIO € 100,00 + IVA
 CENA SOCIALE € 50,00 + IVA

La quota di iscrizione al Congresso dà diritto alla partecipazione ai lavori del Congresso, al Programma ECM, alla Cartella con la documentazione congressuale, all'Attestato di Partecipazione.

ALLEGA RICEVUTA BONIFICO BANCARIO

intestato G.C. Congressi, IBAN IT18I0311103234000000030385

LA FATTURA ANDRA' INTESTATA A

.....

P.IVA.....

C.F.....

Comunicazione ai sensi del **D. Lgs 196/03**

La informiamo che i dati da lei comunicati all'atto della sua iscrizione sono inseriti negli indirizzi utilizzati dalla G.C. congressi per divulgazione di informazioni scientifiche. La G.C. è titolare dei trattamenti dei dati.

A norma delle disposizioni di legge in oggetto lei può, in ogni momento, avere accesso ai suoi dati, chiederne la modifica, l'integrazione, la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo.

Data..... Firma.....