

CORSO DI FORMAZIONE E COMPETENZA IN ECOGRAFIA GINECOLOGICA 2 E 3-D ED ENDOMETRIOSI PELVICA

Milano, 16 Aprile 2010

Responsabile del Corso
Dr. Francesco P.G. Leone

Scheda di Iscrizione

Si prega di compilare in stampatello in tutte le sue parti la seguente scheda, di firmarla e rinviarla alla Segreteria Organizzativa

*Bluevents srl – Via Flaminia Vecchia, 508 - 00191 Roma-fax: +390645421443
e-mail: info@bluevents.it*

Cognome..... Nome.....
Indirizzo.....
CAP.....Città.....Paese.....
Telefono.....Fax..... E-mail.....
C.F.....

QUOTA DI ISCRIZIONE

Medico Specialista

Euro 400,00 (Iva 20% inclusa)

ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO intestato a Bluevents srl di € _____ esente da spese bancarie

BANCA DEL FUCINO-AGENZIA L IBAN IT91T0312403204000000230883

ASSEGNO bancario o circolare NON TRASFERIBILE n. _____ Banca _____
di € _____ intestato a Bluevents srl

CARTA DI CREDITO*: **VISA*** **MASTERCARD***

Autorizzo l'addebito di € _____ Titolare della carta di credito: _____

Numero _____ Scadenza: ____ / ____ / ____ CV2** ____ / ____ / ____
**(ultime 3 cifre riportate sul retro della carta)

Firma del Titolare _____

*Tutti i pagamenti con carta di credito saranno soggetti alle spese di amministrazione del 3,5%

"Ai sensi della L.31 dicembre 1996 N°675, si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso i terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di Congressi. I Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo d'iscrizione, per l'espletamento delle procedure di iscrizione. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere utilizzati per l'invio di materiale scientifico relativo a convegni e Congressi, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto di opporsi a tale trattamento. Titolare del trattamento la Bluevents srl di Roma"

Data

Firma