



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

Milano, Venerdì 14 Ottobre 2011

Responsabile del Corso

Dr. Francesco P.G. Leone

Milano, Venerdì 14 Ottobre 2011

Scheda di Iscrizione

Da inviare debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa
Bluevents srl – Via Flaminia Vecchia, 508 - 00191 Roma-fax: +390696841414
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 IT22L0312403204000000231549

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 _____

"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

Segreteria Organizzativa
Bluevents Srl
Via Flaminia Vecchia, 508 – 00191 Roma
Tel. 06/36382038 – 06/36304489 Fax. 06/96841414
Web: www.bluevents.it – e-mail info@bluevents.it