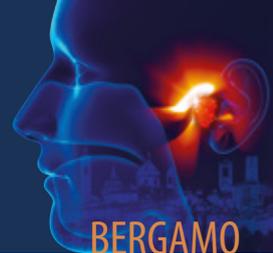


COME DECIDERE IN OTOLOGIA E NELLE PROBLEMATICHE UDITIVE

SCHEDA DI ADESIONE



Cognome _____ Nome _____

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ E-mail _____

Cod. Fisc. _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Professione _____

Divisione/Dipartimento _____

Clinica/Istituto _____

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

PAGAMENTO

QUOTA DI ISCRIZIONE: **Medico Chirurgo** € 150,00 (IVA 22% inclusa)

 Tecnico Audiometrista e Audioprotesista € 100,00 (IVA 22% inclusa)

 Specializzando € 80,00 (IVA 22% inclusa)

 Bonifico Bancario (*) a favore di Servizi C.E.C.s.r.l. Banco Bpm - L.go Porta Nuova, 12 (Bg)

IBAN IT 17 Y 05034 11121 000 000 000 049 (*)

È necessario allegare alla presente copia del bonifico bancario per dare corso all'iscrizione.

 Carta di credito

 Circuito VISA

 MASTERCARD

Nr.Scadenza _____ / _____

Intestata a _____

Data _____ Firma _____

ESTREMI PER LA FATTURAZIONE

Fattura intestata a _____

Via _____ n° _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Cod. Fisc. _____

P.IVA _____

Ai sensi della legge 675/96 (Tutela della Privacy), la informiamo che i dati personali in nostro possesso saranno oggetto di trattamento informatico o manuale al fine di poterle comunicare eventuali variazioni del programma e le successive iniziative organizzate dal Comitato Scientifico. Il Suo consenso è libero, le competono tutti i diritti di cui all'Art.13 L.675/96, tra cui quello di poter sempre consultare i suoi dati, richiederne l'aggiornamento, la correzione e, se lo ritenesse necessario, la cancellazione.

 Data

 Firma per accettazione