



Ecografia Clinica

Bologna, 4-8 maggio 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare unitamente al pagamento a:

PROGETTO MEETING s.n.c.

Via De' Mattuiani, 4 40124 Bologna – Fax 051.3396122

Qualora fossero necessarie più copie è possibile fotocopiare la presente.

DATI PER L'ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Specializzazione _____

Indirizzo di residenza _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Luogo e data di nascita _____

C.F. _____

DATI PER EMISSIONE FATTURA (se diversi da quanto sopra)

Ragione Sociale e/o

Nome e Cognome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

P.IVA* _____ C.F. _____

* obbligatoria se esistente

RICHIESTA ESENZIONE IVA

Ente richiedente _____

Articolo applicabile _____ Timbro _____

Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro. Non è possibile richiedere il rimborso dell'IVA e l'emissione della relativa nota di accredito a pagamento già avvenuto.

Socio GIUMI

QUOTE DI ISCRIZIONE

- CORSO BASE E. 350,00 + IVA.
- CORSO AVANZATO E. 250,00 + IVA.
- ENTRAMBI I CORSI E. 500,00 + IVA PER ISCRIZIONI SALDATE ENTRO IL 27/02/09
- E. 600,00 + IVA PER ISCRIZIONI SALDATE DOPO IL 27/02/09

Allego copia del bonifico bancario effettuato presso Unicredit Banca – Ag. Bologna Ospedale Maggiore IBAN: IT 09 T 02008 02470 000010272494 intestato a GIUMI.

Indicare nella causale del bonifico: Nome e Cognome del partecipante più “Ecografia Clinica 2009”.

Commissioni bancarie a carico del committente.

Le schede non accompagnate dal pagamento non verranno considerate

Ai sensi dell'art. 10, legge del 31/12/96 n. 675/96 sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati da Progetto Meeting s.n.c. e da GIUMI per trattare la mia partecipazione al presente convegno e per inviarmi futuri annunci .

Firma dell'interessato/a _____
per conferma di quanto sopra espresso

Data _____