

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Tirocinio per medici ginecologi sullo screening cervicale

Periodo di frequenza: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Per informazioni sulla modalit di partecipazione

contattare: Sig.ra Susanna Da Costa

s.dacosta@ispo.toscana.it

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accREDITAMENTO E.C.M.)

NOME

COGNOME

Codice Fiscale

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Qualifica professionale _____ Specializzato in _____ Specializzando in _____

Indirizzo privato

Citt

CAP _____

Prov. _____

Tel./Cell.

e-mail

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza

Indirizzo Ente

Citt

CAP _____

Prov. _____

Tel.

Fax

e-mail

QUOTA DI ISCRIZIONE (per n. 3 gg. consecutivi)

€ 250,00 oltre marca da bollo quando dovuta (Per fattura intestata ad aziende sanitarie del servizio sanitario, esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972)

€ 250,00 + IVA 22% (€ 305,00) Per fattura intestata direttamente al singolo partecipante

MODALIT DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario da versare presso la Banca CR Firenze, Centro Tesorerie (Via Bufalini, 4 50121 Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Tirocinio screening cervicale 2016".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica

Ragione Sociale se Azienda

Indirizzo

Codice Fiscale

Partita IVA

DA ALLEGARE

AI FINI DELLA ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIO ALLEGARE:



COPIA BONIFICO BANCARIO (Privati)



COPIA COPERTURA ASSICURATIVA RCT

At sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalit cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Firma _____