

Cognome*

Nome*

Codice Fiscale*

Data di nascita*

Luogo di nascita*

Via *

Città e prov.*

CAP*

Tel.

e-mail

Qualifica professionale*

Specializzazione

Dati per la fatturazione (denominazione)

Partita IVA

indirizzo

*dati da compilare obbligatoriamente ai fini ECM

Allego ricevuta del versamento di:

	Quota NON comprensiva di cena sociale		Quota comprensiva di cena sociale	
medici	<input type="checkbox"/>	€ 190,00	<input type="checkbox"/>	€ 245,00
fisioterapisti, altro	<input type="checkbox"/>	€ 150,00	<input type="checkbox"/>	€ 205,00

N.B. per le iscrizioni effettuate dopo il **26 maggio**, tutte le quote citate sono maggiorate di Euro 20.

Acconsento al trattamento dei dati ai sensi del DL n.196 del 30.06.2003

data _____

firma _____