



2° CORSO FORMATIVO TEORICO PRATICO

I PROBLEMI POSTURALI E LE SOLUZIONI TERAPEUTICHE: dall'ortesi alla chirurgia computer assistita

9 - 10 MARZO 2012

Scheda di Iscrizione

COGNOME

NOME

PROFESSIONE

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

DISCIPLINA

C.F.

INDIRIZZO PRIVATO N°

CITTÀ CAP PROV.

TEL. CELL.

ENTE DI APPARTENENZA

VIA N°

CITTÀ CAP PROV.

TEL. FAX

E-MAIL

SI PREGA DI INVIARE, VIA FAX (O E-MAIL) LA PRESENTE SCHEDA DEBITAMENTE COMPILATA IN STAMPATELLO ED ACCOMPAGNATA DA COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO A:

KEYWORD Europa - Via L. Mancini 3 - 20129 Milano
Fax 02.54124871 Tel. 02.54122513-79
E-mail: keyword2@mdsnet.it

AVENDO ACQUISITO LE INFORMAZIONI DI CUI ALL'ART. 13 ED AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D.LGS. 196/2003, AUTORIZZO KEYWORD EUROPA SRL ALL'UTILIZZO DEI MIEI DATI PER LA GESTIONE DELL'ATTUALE ATTIVITÀ FORMATIVA E PER SUCCESSIVE COMUNICAZIONI DIDATTICO-SCIENTIFICHE E ORGANIZZATIVE. IN OGNI MOMENTO, A NORMA DELL'ART. 7, POTRÒ CHIEDERNE LA MODIFICA OPPURE LA CANCELLAZIONE.

Data Firma

QUOTA D' ISCRIZIONE

- MEDICI* € 210,00 (I.V.A. INCLUSA)
- PODOLOGI, TECNICI ORTOPEDICI E FISIOTERAPISTI* € 96,00 (I.V.A. INCLUSA)
- SPECIALIZZANDI, STUDENTI* € 35,00 (I.V.A. INCLUSA)

LE ISCRIZIONI SARANNO ACCETTATE IN BASE ALL'ORDINE CRONOLOGICO DI ARRIVO. LE SCHEDE DI ISCRIZIONE DOVRANO PERVENIRE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ACCOMPAGNATE DA COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO.

IN CASO DI RINUNCIA ALLA PARTECIPAZIONE NULLA SARÀ DOVUTO.

DESIDERO PAGARE MEDIANTE:

- BONIFICO BANCARIO (DI CUI INVIO COPIA ALLEGATA)
INTESTATO A: KEYWORD EUROPA S.R.L.
MONTE DEI PASCHI DI SIENA - AG. N. 6 MI
IBAN: IT 41 X 01030 01606 000000848025
- ASSEGNO N.
BANCA
INTESTATO ED INVIATO A: KEYWORD EUROPA SRL
VIA LODOVICO MANCINI, 3 - 20129 MILANO

INTESTARE LA FATTURA A:

.....
(RAGIONE SOCIALE O COGNOME E NOME)

.....
(INDIRIZZO SEDE LEGALE)

.....
(C.A.P.) (CITTÀ)

.....
(PROV.)

P.IVA/C.F.

Data Firma