

SCHEDA ISCRIZIONE

“La chirurgia funzionale nell’UMNS: il Laboratorio di analisi del movimento



DATI ANAGRAFICI

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____

E-mail _____

Ente di Appartenenza _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Qualifica _____

Tel. Ente _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome o Ragione Fiscale _____

Indirizzo Fiscale _____

CAP/Comune/Provincia _____

Codice Fiscale e/o PARTITA IVA _____

Specificare se esente IVA SI NO

Persona di riferimento _____

Tel _____

Email _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

➤ **BONIFICO BANCARIO**

**Sol et Salus Ospedale Privato Accreditato - BANCA CARIM -AG. TORRE PEDRERA
Codice IBAN: IT33Y0628524251CC0515048590**

Cognome e Nome del partecipante e causale (2° CORSO TEORICO-PRATICO IN NEURORIABILITAZIONE)

devono essere chiaramente indicati sul trasferimento bancario.

Inviare scheda di iscrizione debitamente compilata e copia dell'avvenuto bonifico tramite Fax o E-mail a:

- Numero Fax: 0541 725 147
- E-mail: i.brancia@soletsalus.com