



## ONE DAY FELLOWSHIP

RINOFILLER CON ACIDO IALURONICO PEG - ILATO

Pavia 21 Mazo 2018 - Centro Medico Polispecialistico Via Mario Ponzio n. 15 - 27100 Pavia

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare per email a [segreteria@congressplannersrl.it](mailto:segreteria@congressplannersrl.it) oppure via fax al n. 081/2486659

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Specialità \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Dipendente     Convenzionato     Libero Professionista     Privo di occupazione

#### DATI PER LA FATTURAZIONE:

Intestazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

#### QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA 22% inclusa)

Medico Socio Fime (gratuita)     Medico non socio Fime € 244,00

**MODALITA' DI PAGAMENTO:** Il pagamento può essere effettuato mediante bonifico bancario intestato a: Congress Planner Srl - BNL GRUPPO BNP PARIBAS Ag. 15 - IBAN: IT40 0101 0503 4150 0000 0001 799. Causale: Iscrizione "One Day Fellowship" 2018. La quota di partecipazione dovrà pervenire contestualmente all'iscrizione. Il mancato versamento annullerà l'iscrizione effettuata. In caso di mancata partecipazione al Corso la quota versata non verrà rimborsata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_