

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Professione Disciplina

Libero professionista Dipendente Convenzionato

Privo di occupazione

Iscritto all'Ordine/Collegio/Ass. Prof.li n°

Via n.

CAP Città Prov.

Tel. Fax.....

Cell

e-mail

Codice Fiscale

P. IVA

Sponsor e-mail

QUOTA DI ISCRIZIONE

Medici € 260,00 + 22% IVA (Tot. € 317,20)

Specializzandi* € 60,00 + 22% IVA (Tot. € 73,20)

*(senza crediti ECM)

Si prega di compilare la scheda di iscrizione in stampatello e inviarla con relativo saldo o copia dell'attestazione dell'avvenuto pagamento a:

Quickline sas, via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste

Fax 040 7606590; e-mail: giornatemb@quickline.it

- Si richiede di inserire nell'apposito spazio il nome dello sponsor, se presente, e la relativa e-mail.

- Si ricorda ai partecipanti il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi acquisibili nel triennio 2014-2016 (50 crediti formativi), se sponsorizzati.

- Per il pagamento seguire le istruzioni riportate alla voce "Modalità di pagamento", nella pagina delle **Informazioni generali**.

Informativa ai sensi della privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge sulla privacy Decreto Legislativo 196/2003.

Data.....

Firma.....