



SCHEDA DI ISCRIZIONE

NOME E COGNOME:

INDIRIZZO:

CAP: CITTÀ: PROV:

LUOGO E DATA DI NASCITA:

COD.FISC.:

TEL.: CELL.:

E-MAIL:

ISCRIZIONE ORDINE*: NUMERO

DATA PROVINCIA

DISCIPLINA DI RIFERIMENTO

MEDICO SPECIALISTA IN
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SPECIALIZZANDO

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento della quota di iscrizione è effettuabile attraverso le seguenti modalità (barrare la casella prescelta):

bonifico bancario intestato a: S.I.Di.P. Soc. Italiana di Diagnosi Prenatale e Medicina Materno-Fetale.
Monte dei Paschi di Siena Ag. 93 - Roma
IBAN: IT 10 N 01030 03272 000001543279
La quota deve essere versata entro 10 giorni dall'invio della presente scheda, pena la decadenza dell'iscrizione.

pagamento mediante carta di credito sul sito www.ilfeto.it.

La quota di iscrizione sarà interamente rimborsata in caso di annullamento comunicato 45 giorni prima della data di inizio del corso. Sarà rimborsato il 50% della quota in caso di annullamento 30 giorni prima l'inizio del corso. Dopo tale data non sono previsti rimborsi

DATI PER INTESTAZIONE FATTURA:

NOME E COGNOME:

INDIRIZZO:

P.IVA/CF:

AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.G.L. 30/06/2003 N° 196 ART. 183 SULLA PRIVACY E PER LA TRASMISSIONE DELL'ECM.
I DATI NON SARANNO NÉ DIFFUSI NÉ COMUNICATI A SOGGETTI DIVERSI DA QUELLI CHE CONCORRONO ALLA PRESTAZIONE DEI SERVIZI RICHIESTI.

DATA FIRMA

