

**Corsi di Aggiornamento Annuale in Ecografia Internistica, Pediatrica, Ginecologica,
Interventistica 3 e 4 D**

MODULO DI ISCRIZIONE E FATTURAZIONE

Da inviare via fax allo: 06 89281430

NOME E COGNOME:.....
INDIRIZZO:.....
CAP:.....CITTÀ:.....PROV:.....
LUOGO E DATA DI NASCITA:.....
COD. FISC.:.....
TEL.:.....CELL.:.....
E-MAIL:.....

Settimana di frequenza dal _____ al _____

MODALITA' DI PAGAMENTO:

QUOTA DI ISCRIZIONE di 800€ + IVA da versarsi a mezzo bonifico bancario a:

Artemisia ECM srl

Monte dei Paschi di Siena Ag. 93 - Roma

IT 85 N 01030 03272 00000 1446093

(P.S.: SPECIFICARE NELLA CAUSALE DEL BONIFICO DATA E TITOLO DELL'EVENTO)

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 FATTURAZIONE:

Società: _____ **P. IVA** _____

Indirizzo: _____

C.A.P.: _____ **Città:** _____ **Provincia:** _____

Data: _____ **Firma** _____

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.