

IL GINOCCHIO

Trani (BAT), 14-16 Settembre 2006

Scheda di iscrizione

da inviare compilata in stampatello a:

Meeting Planner srl

Via S. Matarrese, 2/4 - 70124 BARI - Fax 080.2140203

Cognome

Nome

Qualifica

Specialista in Radiologia

Ortopedia

Medicina dello Sport

Reparto ed Ente di appartenenza

Indirizzo ab.

Città CAP

Tel. Fax

Quote di partecipazione (IVA inclusa)

Iscrizione per soci SIRM € 240,00

Iscrizione per non soci € 300,00

Colazione di lavoro € 20,00

Allego:

Assegno non trasferibile di € intestato a Meeting Planner srl

Copia del bonifico bancario di € intestato a Meeting Planner srl c/o Unicredit Banca Ag. Zona Ind. c/c 000010278286 ABI 02008 CAB 04004 CIN T (si prega di specificare nella causale: Corso Trani)

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/2003.

Data Firma