

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Da inviare a:
MEDICINA VIVA Servizio Congressi Srl - V.le Dei Mille 140 - 43100 PARMA
Tel. 0521.290191 - Fax 0521.291314 - E-Mail: r.olivieri@mvcongressi.it

COGNOME E NOME _____
Domiciliato in Via _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____/_____ Fax _____/_____ Cell. _____/_____
E-mail (in stampatello) _____@_____
Codice Fiscale _____ Nato a _____ il _____

chiede di essere iscritto a:

- CORSO AVANZATO DI CHIRURGIA DEL POLSO - Verona 18-20 aprile 2006**
(Euro 800,00 IVA inclusa)
- CORSO DI TECNICA CHIRURGICA DEL POLSO - Barcellona 21-22 aprile 2006**
(Euro 1.500,00 IVA inclusa)
- CORSO AVANZATO DI CHIRURGICA DEL POLSO (Verona)**
E CORSO DI TECNICA CHIRURGICA DEL POLSO (Barcellona)
(Euro 2.000,00 IVA inclusa)

COSTO DEI PERNOTTAMENTI E VOLO AEREO VERONA/BARCELLONA SARA' QUANTIFICATO A PARTE

Invio pertanto la suddetta quota mediante:

- assegno bancario/circolare intestato a Medicina Viva Servizio Congressi Srl e inviato a:
Medicina Viva Servizio Congressi, V.le Dei Mille 140 - 43100 Parma
- a mezzo vaglia postale (allegare fotocopia del versamento) intestato a
Medicina Viva Servizio Congressi Srl - V.le dei Mille 140 PARMA
(Corso Chirurgia del Polso 2006)
- bonifico bancario su: Cassa di Risparmio di Parma & Piacenza Ag. 1 Parma
BBAN: F 06230 12701 000082117331 intestato a Medicina Viva
Causale: Corso Chirurgia del Polso 2006)

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale _____
Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
P.IVA / C.F. _____

Ai sensi dell'art. 13 legge 675/96 in ogni momento potrà consultare o far modificare i miei dati, chiedere notizie o revocare l'autorizzazione al loro utilizzo scrivendo a Medicina Viva, V.le dei Mille 140 - Parma.

Data _____

Firma _____