

**Confronto multidisciplinare:  
“Il dolore nella chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio” Prof. A. Carfagni  
Roma, Hotel Villa Pamphili, 28 – 29 Aprile 2006**

*SCHEMA DI ISCRIZIONE*

<b>COGNOME</b>		
<b>NOME</b>		
<b>INDIRIZZO</b>		<b>N°</b>
<b>C.A.P.</b>	<b>CITTA'</b>	<b>OSP./UNIV.</b>
<b>TEL.</b>		<b>CELL.</b>
<b>FAX</b>		<b>E-MAIL</b>
<b>P.IVA/ C.F.</b>		

**(Si prega di indicare chiaramente i dati fiscali)**

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

- |  |                |
|--|----------------|
| <input type="radio"/> Medici             | € 100,00 + IVA |
| <input type="radio"/> Fisioterapisti     | € 50,00 + IVA  |
| <input type="radio"/> Infermieri         | € 50,00 + IVA  |
| <input type="radio"/> Tecnici ortopedici | € 50,00 + IVA  |
| <input type="radio"/> Altri              | € 50,00 + IVA  |

La quota di iscrizione comprende:

- partecipazione alle sessioni scientifiche
- kit congressuale
- buffet-lunch del 28/04/2006, 29/04/2006
- coffee break durante le sessioni
- attestato di partecipazione

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

- Bonifico bancario intestato a T. R. S.r.l. c/c 1123007 Banco Desio Lazio Ag. 88  
ABI 3231-8 CAB 03200-3 CIN J  
IBAN IT06 J032 3103 2000 0000 0112 300  
Causale: Iscrizione Convegno 28 - 29 Aprile 2006
- Assegno bancario non trasferibile intestato a T.R. S.r.l.

L'iscrizione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa entro il 31 Marzo 2006 per mezzo della scheda allegata completa in ogni sua parte e accompagnata da attestazione di pagamento avvenuto via fax a : T. R. S.r.l. Via Leone XIII, 95 00165 Roma Tel. 06.39870285 FAX 06.39870287

Si ricorda che il mancato invio della presente scheda entro il termine previsto non darà diritto al ritiro della cartella congressuale.