

# Gli insuccessi in Ortopedia

Roma 27, 28 e 29 ottobre 2005

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

Da inviare per fax o per e-mail a Zeroseicongressi srl  
Fax: 06 85352882 e-mail: info@zeroseicongressi.it

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

ISTITUTO/OSPEDALE \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_

INTESTAZIONE FATTURA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

### QUOTE DI ISCRIZIONE

	Entro il 30 giugno 2005	Dopo il 30 giugno 2005
CONGRESSISTA	€ 70,00 + iva 20%	€ 90,00 + iva 20%
SPECIALIZZANDO (partecipazione come uditore)	Gratuita	Gratuita

Parteciperò al Corso ECM per FISIOTERAPISTI 28/10/2005 € 40,00 + IVA 20%

Parteciperò al Corso ECM per INFERMIERI 29/10/2005 € 40,00 + IVA 20%

### RIEPILOGO

Quota di Iscrizione Congresso €  
Corso ECM per FISIOTERAPISTI €  
Corso ECM per INFERMIERI €

---

**Totale** €

Pagamento tramite assegno n. \_\_\_\_\_ della Banca \_\_\_\_\_  
intestato a Zeroseicongressi srl

Allego copia bonifico intestato a Zeroseicongressi srl c/o Banco di Sicilia Ag. 14  
Coordinate bancarie CIN V - ABI 01020 - CAB 03214 - C/C N. 000410308455  
Si prega evidenziare la causale

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675/96

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_