



VI Corso Residenziale di Neurofisiopatologia Pediatria

Ospedale San Raffaele, Milano - Aula San Paolo

Scheda d'iscrizione

I partecipanti dovranno inviare la scheda di iscrizione e la copia del bonifico
via fax al numero: +39 06 85356060 o
via mail a: manuela.morandini@ptsroma.it

Cognome _____ Nome _____

Istituto _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestazione _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Le Aziende Ospedaliere dovranno inviare, unitamente alla scheda d'iscrizione e al pagamento della quota, la dichiarazione di esenzione IVA. Nessun rimborso dell'IVA sarà eseguito a posteriori.

QUOTE D'ISCRIZIONE (indicare la propria scelta)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| ■ Medico | € 250.00 (Iva inclusa) |
| ■ Tecnico/Terapista | € 120.00 (Iva inclusa) |
| ■ Medici Specializzandi | € 120.00 (Iva inclusa) |
| ■ Tecnici/Terapisti in formazione | € 60.00 (Iva inclusa) |
| ■ Quota iscrizione giornaliera
(Senza diritto di accreditamento) | € 100.00 (Iva inclusa) |

METODO DI PAGAMENTO

- BONIFICO BANCARIO intestato a:

Segreteria Amministrativa SINC

c/o PTS SRL - Via Nizza, 45 - 00198 Roma

P. IVA: IT01489471001

Banca Intesa San Paolo

Ag. 29 di Roma - Intestato a: PTS SRL

IBAN IT27 P030 6903 2271 0000 000 2695

Inviare copia via fax unitamente alla scheda d'iscrizione

Autorizzo la Segreteria Amministrativa SINC ad inserire i miei dati soprariportati nelle proprie liste per invio di materiale informativo, pubblicitario o promozionale. In ogni momento a norma dell'art.13 Dlgs 196/2003 potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica, la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo per altre occasioni.

Firma
