



SCHEDA A

P.zza di Porta Mascarella, 7 – Bologna
Scheda d'iscrizione
MDQ 08 – rev. 1.0 del 01.09.04 – Pagina 1 di 1

Titolo: _____

*Evento formativo **accreditato** nell'ambito del programma E.C.M.
(Educazione Continua in Medicina)*

Nome e Cognome.....
Codice Fiscale

Professione

Nato/a a..... il.....

Indirizzo.....

CAP..... Città

Tel..... cell..... e-mail.....

PREGO INTESTARE LA FATTURA A:

Persona/Società
.....
(specificare l'esatta ragione sociale: snc, srl, ecc.)

Indirizzo

CAP..... Città.....

Tel..... P.IVA.....

Non verranno accettati moduli di iscrizione incompleti e non firmati per accettazione.
Solo al ricevimento delle schede di iscrizione e delle fotocopie del bonifico di pagamento della quota, l'iscrizione potrà considerarsi completa.

Autorizzo, verificato l'art. 7 della legge 196/03, il trattamento dei dati personali per le comunicazioni di carattere informativo e organizzativo

Data..... Firma

Per l'accettazione delle condizioni di iscrizione illustrate

Data..... Firma