10ª GIORNATA APULO-LUCANA DI DERMATOLOGIA CLINICA

INCONTRO REGIONALE: IL MEDICO DI FAMIGLIA E LA PSORIASI

Bari, 21 novembre 2009
Sheraton Nicolaus Hotel

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata in stampatello a:
Centro Italiano Congressi – CIC Sud
Viale Escrivà, 28 – 70124 BARI
Fax 080.5043736 – E-mail info@cicsud.it

Cognome .....

Nome .....

Specializzazione .....

Reparto .....

ASL/ Ospedale .....

Città ..... CAP .....

Tel. ..... Fax .....

Dati per la fatturazione

Intestazione (Ragione Sociale) .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

P. Iva e Cod. Fiscale .....

Modalità di pagamento (iva 20% inclusa)
Iscrizione alla 10ª Giornata:
con ECM ❑ € 50,00 senza ECM ❑ gratuita
Iscrizione all'Incontro regionale:
❑ gratuita

– Allego Assegno non Trasferibile N. .....
della Banca.....
intestata al Centro Italiano Congressi CIC Sud
– Allego copia Bonifico Bancario intestato a:
Centro Italiano Congressi CIC Sud - Banco di Napoli - Sede di Bari
IBAN IT27S0101004015100000018667

DATI NECESSARI ECM

Su precisa esigenza del Min. Sal. si richiede la massima precisione nella compilazione

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo ab. .....

Cod. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Città ..... CAP .....

GARANZIA DI RISERVATEZZA
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/03.

Firma..... Data .....