



COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE (obbligatorio) _____

OSPEDALE/ISTITUTO/UNIVERSITÀ/etc. _____

QUALIFICA _____

VIA _____ N. _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Scelta Simposi:

Simposio 1 **Simposio 2** **Simposio 3** **Simposio 4** **Simposio 5**

La quota di iscrizione al corso è di euro 350 + iva, la quota pacchetto soggiorno è di euro 450 + iva.

Il corso è a numero chiuso.

corso pacchetto soggiorno

DATI PER LA FATTURAZIONE (obbligatorio)

NOME/RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____

CODICE FISCALE/P.IVA (obbligatorio) _____

Modalità di pagamento

**Bonifico Bancario: Banca Unipol IT 55 C0312703409000000006252
Intestato a Elodia Eventi s.r.l.**

In conformità alla legge 196/2003, La informiamo che i dati che vorrà comunicarci saranno utilizzati per la registrazione alla manifestazione e per l'invio di programmi scientifici; potrà accedervi liberamente o modificarli

Data _____ Firma _____

Si prega di inviare la presente scheda di iscrizione alla Segreteria Organizzativa