

IV Giornate Gastro-Epatologiche Cuneesi**02/03 Marzo 2012- Vicoforte (Cn)****SCHEDA DI PARTECIPAZIONE**

da spedire a:

M.A.F. SERVIZI SRL - Corso Svizzera, 185 - 10149 Torino

Fax 011.505.976 - Email: r.bertelli@mafservizi.it

Cognome _____

Nome _____

Serv./Divisione _____

Ospedale _____

Indirizzo (prof.) _____

Cap _____ Città _____ Pv _____

Telefono _____

Fax _____

Email _____

Professione: **Medico Chirurgo**Disciplina: Gastroenterologia Medicina Interna Oncologia Chirurgia generale Malattie Infettive**Dati per ottenere gli ECM - OBBLIGATORI**

Nato a _____

Nato il _____ giorno: mese: anno: Codice fiscale

Indirizzo di Residenza _____

Cap _____ Città _____ Pv _____

Dati per la Fatturazione - Obbligatori -

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ PV _____

**** P.IVA** _____**** Codice Fiscale** _____**** E' obbligatorio indicare il Codice Fiscale | Se in possesso di P. IVA indicare sia la P.IVA che il Codice Fiscale**

QUOTE DI PARTECIPAZIONE

Richiedo l'iscrizione come segue:

Pacchetto "Argento"

Iscrizione+Cena € 400,00 + IVA 21%

€ 484,00 IVA Inclusa

Pacchetto "Bronzo"

Iscrizione € 300,00 + IVA 21%

€ 363,00 IVA Inclusa

Totale Quota

€ _____,00

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario in favore di **M.A.F. Servizi Srl**

Banca Generali

IBAN IT 46 Q 03075 01603 CC8000314426

Specificare nella causale: RIF. A12_008 "Cognome - Nome"

Versamento di Euro _____, 00

data del pagamento ____/____/____

(Allegare copia del bonifico bancario alla Scheda di Iscrizione)

Carta di credito: **Master Card** **Visa**

Il /La sottoscritto/a _____

autorizza la M.A.F. Servizi srl ad addebitare l'importo di

Euro _____,00 sulla seguente carta di credito:

Carta N° _____

scadenza il _____

intestata a _____

data di nascita _____

Data ____/____/____ Firma _____

"Ai sensi della L. 31 dicembre 1996 N° 675, si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di Congressi in materia sanitaria. I Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo d'iscrizione, per l'espletamento delle procedure di iscrizione. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere utilizzati per l'invio di materiale scientifico relativo a Convegni e Congressi, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto ad opporsi a tale trattamento. Titolare del trattamento è la M.A.F. servizi srl, Corso Svizzera 185 - Torino".

Data ____/____/____ Firma _____