

Le alterazioni del controllo delle funzioni autonomiche nella persona con lesione midollare

Bari, 7 Ottobre 2011

Riservato alla Segreteria

SCHEDA DI ISCRIZIONE

ATTENZIONE! La scheda deve essere compilata in tutti i campi. Le schede non debitamente compilate e/o non accompagnate dal pagamento non verranno prese in considerazione.

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Titolo Sig. Sig.ra Dr. Prof. _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____ E-mail _____

DATI PER LA FATTURAZIONE (OBBLIGATORI)

Cognome e Nome o Ragione sociale _____

Indirizzo fiscale _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

PAGAMENTO

Descrizione	Euro/persona (IVA 20% inclusa)	N° persone	Totale
<input type="checkbox"/> Medico	144,00	1	
<input type="checkbox"/> Altre professioni	84,00	1	
Totale Generale			

Vi invio copia del bonifico bancario di Euro _____ sul c/c - della Banca Popolare di Novara - Sede di Genova - IBAN IT 55 H 05608 01400 000000003569 - intestato a: Aristeia International s.r.l.

Vi prego di voler addebitare l'importo di Euro _____ sulla mia carta di credito:

VISA Master Card

Numero _____ Codice CVV _____ Data di scadenza _____

Titolare della carta (in stampatello) _____

Data _____ Firma _____

Si informa che i dati da Lei forniti verranno trattati da Aristeia International s.r.l. per le procedure relative all'iscrizione al Congresso, nonché per l'invio di documentazione relativa ad altre iniziative organizzate dal Gruppo Aristeia, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche.

Spedire a: ARISTEA • Via Roma, 10 • 16121 Genova • Italy • Fax (+39) 010 5535970