

SEMINARIO DI MEDICINA DEL LAVORO: IL MEDICO DEL LAVORO E LA DENUNCIA DI MALATTIA PROFESSIONALE *REGGIO EMILIA, 21/03/2016*

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare, compilata in ogni sua parte, a INTERMEETING entro il 17/03/2016
tramite e- mail: segreteria@intermeeting.it o tramite fax +39 0521 235016

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Num. iscr. Ordine, Collegio, Assoc. _____

MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN:

MEDICINA DEL LAVORO E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

MEDICINA LEGALE

altro _____

AVVOCATO

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

Ente/Istituto _____ Indirizzo Ente _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

e-mail _____ Indirizzo personale _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

ISCRIZIONE:

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Quota di iscrizione | € 80,00 + IVA 22% |
| <input type="checkbox"/> Pacchetto 4 seminari | € 300,00 + IVA 22% |
| <input type="checkbox"/> Soci SIMLII | € 60,00 + IVA 22% |

P.S. Le registrazioni effettuate da enti pubblici saranno esenti IVA.

MODALITA' DI PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:
INTERMEETING

BANCA POPOLARE DELL'EMILIA ROMAGNA
IBAN: IT 79 Y 05387 12701 000001429419

**Nella causale del bonifico prego specificare nome e cognome del partecipante e luogo e data del corso.
Le spese bancarie dovranno essere interamente a carico del partecipante.**

CANCELLAZIONI E RIMBORSI:

Le cancellazioni saranno accettate solo se perverranno per iscritto.

Se ricevute entro e non oltre 10 prima dell'inizio dell'incontro daranno diritto ad un rimborso pari al 50% della quota di iscrizione.

ESTREMI DI FATTURAZIONE:

Desidero fattura intestata a: _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Partita Iva _____

In assenza di P.IVA, indicare il proprio codice fiscale

In ottemperanza all'art. 23 del D.Lgs. n° 196/03 del 30 giugno 2003, presto il consenso al trattamento dei miei dati

Data _____ Firma _____