

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

fax 0883.954388 - mail: rossella@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare

specificare specializzazione

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

_____ CELL. _____ FAX. _____

CITTÀ _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO AB. _____

_____ EMAIL _____

QUOTA D'ISCRIZIONE

La quota di iscrizione è pari ad € 450,00 (IVA 22% esclusa)

Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato entro e non oltre l' 8 ottobre 2019 mediante bonifico bancario sul c.c. intestato a: e20econvegni s.r.l c/o Intesa Sanpaolo SpA – filiale di Trani (Bt) IBAN: IT 81 S 03069 41725 1 0000 000 6078 Causale: III Seminario nazionale SIP/IRS, 8-10 novembre 2019

Fatturare a: _____

Indirizzo abitazione: _____

Città: _____ C.A.P. _____

DATA _____

FIRMA _____

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

fax 0883.954388 - mail: rossella@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

INFERMIERE

FISIOTERAPISTA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

_____ CELL. _____ FAX. _____

CITTÀ _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO AB. _____

_____ EMAIL _____

QUOTA D'ISCRIZIONE

La quota di iscrizione è pari ad € 100,00 (IVA 22% esclusa)

Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato entro e non oltre l' 8 ottobre 2019 mediante bonifico bancario sul c.c. intestato a: e20econvegni s.r.l c/o Intesa Sanpaolo SpA – filiale di Trani (Bt) IBAN: IT 81 S 03069 41725 1 0000 000 6078 Causale: III Seminario nazionale SIP/IRS, 8-10 novembre 2019

Fatturare a: _____

Indirizzo abitazione: _____

Città: _____ C.A.P. _____

DATA _____

FIRMA _____