



RIABILITAZIONE NEI REPARTI PER ACUTI

24 ottobre 2015

Aula Magna "C. Golgi" - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Richiesta crediti ECM SI NO

Professione Infermiere Fisioterapista
 Medico (disciplina _____)

Azienda Ospedaliera _____

_____ Città _____ Prov _____

Per privati Allego copia bonifico di € 61,00 Invio in seguito copia bonifico di € 61,00

Per enti esenti IVA Allego copia bonifico di € 50,00 Invio in seguito copia bonifico di € 50,00

Iscrizione gratuita, per il personale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

DATI PERSONALI

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

CF / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Indirizzo Privato _____

Cap _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Cell _____

E-mail* _____ @ _____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.

DATI FATTURAZIONE coincidono con i **DATI PERSONALI (NON compilare il riquadro sotto)**

diversi dai **DATI PERSONALI (si prega di compilare il riquadro sotto)**

ditta/ente privato ente pubblico esente IVA

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO: _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, la fattura NON è più modificabile.

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data _____

Firma _____

**Da inviare alla Segreteria Organizzativa via fax (0382 502508)
o via mail (congressi@smatteo.pv.it) entro il 16 ottobre 2015**