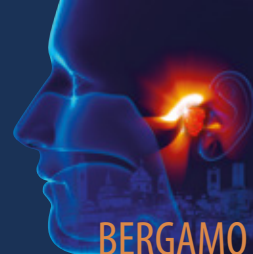


# COME DECIDERE IN OTOLOGIA E NELLE PROBLEMATICHE UDITIVE

## SCHEDA DI ADESIONE



Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Divisione/Dipartimento \_\_\_\_\_

Clinica/Istituto \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### PAGAMENTO

**QUOTA DI ISCRIZIONE: Medico Chirurgo**
 € 150,00 (IVA 22% inclusa)

**Tecnico Audiometrista**
 € 100,00 (IVA 22% inclusa)

**Specializzando**
 € 80,00 (IVA 22% inclusa)

 **Bonifico Bancario** (\*) a favore di Servizi C.E.C.s.r.l. Banco Bpm - L.go Porta Nuova, 12 (Bg)

**IBAN IT 17 Y 05034 11121 000 000 000 049** (\*)

È necessario allegare alla presente copia del bonifico bancario per dare corso all'iscrizione.

 **Carta di credito**

 Circuito  VISA

 MASTERCARD

Nr.Scadenza \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Intestata a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### ESTREMI PER LA FATTURAZIONE

Fattura intestata a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

Ai sensi della legge 675/96 (Tutela della Privacy), la informiamo che i dati personali in nostro possesso saranno oggetto di trattamento informatico o manuale al fine di poterle comunicare eventuali variazioni del programma e le successive iniziative organizzate dal Comitato Scientifico. Il Suo consenso è libero, le competono tutti i diritti di cui all'Art.13 L.675/96, tra cui quello di poter sempre consultare i suoi dati, richiederne l'aggiornamento, la correzione e, se lo ritenesse necessario, la cancellazione.

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma per accettazione