

X UP-DATE

In Gastroenterologia

Presidente
MAURIZIO ZILLI

CORSO PRECONGRESSUALE
**Carcinoma gastrico:
focus on**

Coordinatori: P. Rossitti - L. Zoratti

Udine 6 Novembre 2014

CAFC, Sala Meeting - Viale Palmanova, 192

Scheda d'iscrizione

Da completare in tutte le sue parti e inviare alla Segreteria Organizzativa
EVERYWHERE s.r.l. - Tel. 045 8006786 - Fax 045 593487
E-mail: info@everywheretravel.it

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Professione _____

Disciplina _____

Inquadramento professionale Libero professionista Dipendente Convenzionato

Società/Istituto _____

Tel. e Fax _____

E-mail _____

Indirizzo _____

CAP - Città _____

QUOTA D'ISCRIZIONE

L'iscrizione è gratuita e dà diritto alla partecipazione ai lavori e all'attestato di presenza.

PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. N.B.: In assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data _____ Firma _____

CORSO PRECONGRESSUALE
**Specialisti del bambino
e dell'adulto a confronto**
Coordinatori: R. Maieron - S. Martellosi

Udine 7 Novembre 2014

CAFC, Sala Meeting - Viale Palmanova, 192

Scheda d'iscrizione

Da completare in tutte le sue parti e inviare alla Segreteria Organizzativa
EVERYWHERE s.r.l. - Tel. 045 8006786 - Fax 045 593487
E-mail: info@everywheretravel.it

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Professione _____

Disciplina _____

Inquadramento professionale Libero professionista Dipendente Convenzionato

Società/Istituto _____

Tel. e Fax _____

E-mail _____

Indirizzo _____

CAP - Città _____

QUOTA D'ISCRIZIONE Euro 50,00 + IVA 22% (totale euro 61,00)**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Allego assegno di Euro _____
non trasferibile intestato a Everywhere s.r.l.

Allego copia del bonifico di Euro _____
effettuato sulle coordinate IBAN IT83B 06225 11716
000000325135, intestato a Everywhere, presso CASSA
DI RISPARMIO DEL VENETO, AG. 2915 - Verona.

Autorizzo l'addebito sulla carta di credito VISA - MASTER CARD

Numero di carta _____

data di scadenza _____

Titolare _____

Data _____ Firma _____

N.B. 1. Le richieste che perverranno prive della quota di iscrizione non saranno accettate.

2. Le quote versate a mezzo bonifico bancario dovranno pervenire al netto della trasmissione.

3. Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso si prega di riportare qui di seguito, l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali.

PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. N.B.: In assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data _____ Firma _____

X UP-DATE

in Gastroenterologia

Presidente
MAURIZIO ZILLI

UDINE

7-8 Novembre 2014

CAFC, Sala Meeting
Viale Palmanova, 192



Scheda d'iscrizione

Da completare in tutte le sue parti e inviare
alla Segreteria Organizzativa **EVERYWHERE s.r.l.**
Tel. 045 8006786 - Fax 045 593487 - E-mail: info@everywheretravel.it

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Professione

Disciplina

Inquadramento professionale Libero professionista Dipendente Convenzionato

Tel. e Fax

E-mail

Indirizzo

CAP - Città

Società/Istituto

QUOTA D'ISCRIZIONE

Euro 150,00 + IVA 22% (totale euro 183,00)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Allego assegno di Euro _____ non trasferibile intestato a Everywhere s.r.l.

Allego copia del bonifico di Euro _____ effettuato sulle coordinate
IBAN IT83B 06225 11716 000000325135, intestato a Everywhere, presso
CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO, AG. 2915 - Verona.

Autorizzo l'addebito sulla carta di credito VISA - MASTER CARD

Numero di carta _____ data di scadenza _____

Titolare _____

Data _____ Firma _____

- N.B. 1. Le richieste che perverranno prive della quota di iscrizione non saranno accettate.
2. Le quote versate a mezzo bonifico bancario dovranno pervenire al netto della trasmissione.
3. Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso si prega di riportare qui di seguito,
l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali.

PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi,
né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.
N.B.: In assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data _____ Firma _____