

SCHEMA DI ISCRIZIONE

CORSO INTERNAZIONALE – INTERNATIONAL COURSE
VII CORSO PER INFERMIERI IN CHIRURGIA GENERALE E DAY SURGERY
"CONFRONTARE per CONFRONTARSI"
 Isola d'Elba, 24 – 26 settembre 2006
Da inviare via fax al n. 02.66103840
 P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 – Milano Tel. 02.66103598

| | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| Nome | | | |
| Cognome | | | |
| Indirizzo privato | | | |
| CAP Città Prov. | | | |
| Telefono privato | | Cellulare | |
| E-Mail | | La corrispondenza avverrà preferibilmente per posta elettronica. | |
| *DATI OBBLIGATORI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA | | | |
| * C.F. <input type="text"/> | | * P.I. <input type="text"/> | |
| *Data di nascita GG/MM/AA | <input type="text"/> | *Luogo di nascita | <input type="text"/> |
| Qualifica attuale | | | |
| Disciplina | | | |
| Ente di appartenenza | | | |
| Indirizzo | | | |
| CAP Città Prov. | | | |
| Telefono | | Telefax | |
| E-Mail | | | |
| Quota d'iscrizione entro il 30 giugno 2006 <input type="checkbox"/> € 200,00+IVA=€ 240,00 Soci SICADS in regola <input type="checkbox"/> € 250,00+IVA=€ 300,00 Non Soci <input type="checkbox"/> € 125,00+IVA=€ 150,00 Accompagnatori <input type="checkbox"/> € 50,00 IVA inclusa contributo Cena sociale | | Quota d'iscrizione dal 1 luglio 2006 <input type="checkbox"/> € 250,00+IVA=€ 300,00 Soci SICADS in regola <input type="checkbox"/> € 300,00+IVA=€ 360,00 Non Soci <input type="checkbox"/> € 150,00+IVA=€ 180,00 Accompagnatori <input type="checkbox"/> € 50,00 IVA inclusa contributo cena sociale | |
| Qualora sia richiesta fattura intestata a soggetto diverso, si prega di riportare l'intestazione desiderata completa di tutti i dati fiscali | | | |
| Modalità di pagamento | | | |
| <input type="checkbox"/> Allego assegno bancario non trasferibile intestato a: P & P S.r.l. N. _____ Banca _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Allego ricevuta bonifico bancario presso BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - Agenzia 12 di Milano su C/C N. 16075 intestato a P & P S.r.l. ABI 01005 CAB 01612 CIN O causale "Iscrizione Corso Day Surgery Isola d'Elba" | | | |
| Firma _____ | | Data _____ | |
| RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI <small>(Decreto legislativo 30/06/03, n. 196)</small> | | | |
| Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo stesso, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali, al fine di consentire la formalizzazione dei reciproci rapporti contrattuali ed economici, oltre che per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e commerciale. Il sottoscritto può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 18, tra cui il diritto di opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini previsti o di richiedere la modifica o cancellazione degli stessi, con comunicazione scritta alla: P & P S.r.l. Viale Sarca, 41 - 20125 MILANO | | | |
| <input type="checkbox"/> SI | | <input type="checkbox"/> NO | |
| FIRMA _____ | | DATA _____ | |