

Matera | 8-9 settembre 2017 | Hilton Garden Inn

**Scheda di adesione**

da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

fax 0883.954388

mail: [alessandra@e20econvegni.it](mailto:alessandra@e20econvegni.it)

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

MEDICO CHIRURGO specialista in

- Medicina Interna       Gastroenterologia       Chirurgia generale  
 Endocrinologia       Nefrologia       Cardiologia  
 Scienze dell'alimentazione e Dietetica       Malattie Metaboliche e Diabetologia

---

 INFERMIERE
 

---

 BIOLOGO
 

---

 DIETISTA
 

---

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

E MAIL \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

Invitato dall'Azienda (Sponsor) \_\_\_\_\_

N.B Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

## QUOTA D'ISCRIZIONE:

La quota d'iscrizione al Corso è di € 100,00 (iva 22% esclusa).

Modalità di pagamento con Bonifico bancario intestato a :

e20econvegni s.r.l. - presso Banco di Napoli - filiale di Trani (Bt)

IBAN : IT 24P 01010417231 0000000 6078

Si prega di specificare nella causale "Congresso SIMDO"

La disdetta dovrà pervenire entro il 31/08/2017 e consentirà il

rimborso nella misura del 50% della quota corrisposta.

Fatturare a: \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

P.IVA/Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/2003

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_