ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso teorico di diagnostica senologica con presentazione interattiva di casistica ragionata

2^ Edizione: 25-28 settembre 2012

Settore Formazione Esterna
Via Cosimo il Vecchio 2 - 50139 Firenze
Tel. 055 32697828-956 Fax 055 32697829
e-mail: formazioneesterna@ispo.toscana.it

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA A MEZZO FAX.
ENTI PUBBLICI: PAGAMENTO A RICEVIMENTO FATTURA. ALLEGARE ALLA SCHEDA AUTORIZZAZIONE AZIENDALE.
PRIVATI: ALLEGARE ALLA SCHEDA COPIA DEL BONIFICO BANCARIO. SE LA FATTURA È NELLO SPECIFICO INTESTATA AD UNA IMPRESA È NECESSARIO ALLEGARE L'AUTOCERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI DA PARTE DELLA STESSA E DEL PARTECIPANTE.

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accreditamento ECM)

NOME | COGNOME

Codice Fiscale

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Qualifica professionale_____ Specializzato in _____

Indirizzo privato

Città | CAP | Prov.

Tel./Cell. | e-mail

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza

Indirizzo Ente

Città | CAP | Prov.

Tel. Fax | e-mail

QUOTA DI ISCRIZIONE

☐ **€ 450,00 + marca da bollo € 1,81** (€ 451,81) Enti pubblici (esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972)

☐ **€ 450,00 + IVA 21%** (€ 544,50) Privati

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario da versare presso la Banca CR Firenze, Filiale Enti e Tesoreria (via del Castellaccio 36/38–Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Corso di diagnostica senologica".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica _____

Ragione Sociale se Azienda _____

Indirizzo

Codice Fiscale

Partita IVA

Ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Firma_____