

**Scheda di iscrizione
Tirocinio in ecografia**

Data di svolgimento: dal _____ al _____

Segreteria Organizzativa
Sig.ra Luciana Somigli
CSPO – Diagnostica Medica per Immagini
Viale A. Volta, 171 - 50121 Firenze
Tel. 055 5012275 Fax 055 5001623
e-mail: l.somigli@cspo.it

*INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA A MEZZO FAX.
 ENTI PUBBLICI: PAGAMENTO A RICEVIMENTO FATTURA. ALLEGARE ALLA SCHEDA L'AUTORIZZAZIONE AZIENDALE.
 PRIVATI: ALLEGARE ALLA SCHEDA COPIA DEL BONIFICO BANCARIO.*

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

NOME _____ **COGNOME** _____

Codice fiscale _____

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

Qualifica professionale _____ Specializzato in _____ Specializzando in _____

Indirizzo privato _____

Città _____ CAP. _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza _____

Indirizzo Ente _____

Città _____ CAP. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

QUOTA DI ISCRIZIONE

- € 600,00 Enti pubblici (esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972) per n. 2 settimane
- € 600,00 + iva 20% Privati per n. 2 settimane

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario da versare sul C/C n° 2C01 ABI 06160 CAB 02809 CIN Y della Cassa di Risparmio di Firenze AG. 9 – V.le dei Mille, 26/r intestato a Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica. Causale "Tirocinio in ecografia"

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 (Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Firma _____