Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica
cspo

Scheda di iscrizione
Tirocinio in riabilitazione

Data di svolgimento: dal _____al _____

Segreteria Organizzativa
Sig.ra Ilaria Rigacci
CE.RI.ON. – Presidio CSPO di Villa delle Rose
Via Cosimo il Vecchio 2 - Firenze
Tel. 055 3269771 Fax 055 32697800

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

- ❑ **€ 400,00** Enti pubblici (esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972) per n. 1 settimana
- ❑ **€ 400,00 + iva 20%** Privati per n. 1 settimana

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 riabilitazione"

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_____