ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Tirocinio per medici ginecologi sullo screening cervicale

Periodo di frequenza: dal __ /__ / ____ al __ /__ / ____

Per informazioni sulla modalità di partecipazione contattare: Sig.ra Susanna Da Costa
s.dacosta@ispo.toscana.it

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accreditamento E.C.M.)

NOME	**COGNOME**

Codice Fiscale

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

Qualifica professionale_____Specializzato in _____Specializzando 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 (per n. 3 gg. consecutivi)

❑ **€ 250,00 oltre marca da bollo quando dovuta** (Per fattura intestata ad aziende sanitarie del servizio sanitario, esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972)

❑ **€ 250,00 + IVA 22%** (€ 305,00) Per fattura intestata direttamente al singolo partecipante

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario da versare presso la Banca CR Firenze, Centro Tesorerie (Via Bufalini, 4 50121 Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Tirocinio screening cervicale 2016".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica

Ragione Sociale se Azienda (e Codice Univoco Ufficio per fatturazione elettronica)

Indirizzo

Codice Fiscale

Partita IVA

DA ALLEGARE

AI FINI DELLA ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIO ALLEGARE:	
❑ **COPIA BONIFICO BANCARIO (Privati)**	❑ **COPIA COPERTURA ASSICURATIVA RCT**

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_____