

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

fax 0883.954388 - mail: alessandra@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

MEDICO CHIRURGO DI AREA INTERDISCIPLINARE

Specializzazione _____

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

_____ CITTÀ _____ PROV. _____

C.A.P. _____ EMAIL _____

CELL. _____

Invitato dall'Azienda (sponsor) _____

QUOTA D'ISCRIZIONE

- € 400,00 (+ IVA 22%) per i soci SIEMC
- € 550,00 (+ IVA 22%) per i non soci SIEMC

Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario sul c.c. intestato a:
e20econvegni s.r.l. - c/o Intesa Sanpaolo SpA - filiale di Trani (BT), IBAN: IT 81 S 03069 41725 1 0000 000 6078
Causale: Iscrizione VI Corso Nazionale SIEMC , Napoli 19 - 22 ottobre 2019

Fatturare a: _____

Indirizzo abitazione: _____

Città: _____ C.A.P. _____

P.IVA/Cod. Fisc.: _____

Email PEC: _____ Codice destinatario _____

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

DATA _____

FIRMA _____