

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

## QUOTA DI PARTECIPAZIONE AUDIOPROTESISTI

Audioprotesista

Euro 180,00

*La quota di iscrizione comprende:*

- Partecipazione ai lavori scientifici
- Kit congressuale
- CD dei Riassunti
- Attestato di partecipazione
- Ricevimento di benvenuto di Mercoledì 28 Maggio
- Accreditalamento ECM (secondo normativa vigente)

## DATI PERSONALI

Nome ..... Cognome .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

Codice Fiscale .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città ..... PV .....

Nazione .....

Telefono ..... Cellulare .....

E-mail .....

## ENTE DI APPARTENENZA

Professione .....

Disciplina .....

Posizione Professionale  Specializzando  Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

Ente .....

Dipartimento/Struttura .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città ..... PV .....

Telefono ..... Fax .....

E-mail .....

## DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome/Ragione sociale .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città..... PV .....

Codice Fiscale..... P. IVA.....

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario presso Banca IBAN IT54 J 05034 01604 000000001278 Intestato a EAC srl

**LA SCHEDA DI ISCRIZIONE COMPILATA IN TUTTI I SUOI CAMPI, IN STAMPATELLO E IN MANIERA LEGGIBILE ANDRÀ INVIATA ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA EAC srl TRAMITE FAX ALLO 0259900758 O PER POSTA ALL'INDIRIZZO EAC srl VIA SANNIO, 4 - 20137 MILANO**