

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL MASTER/SINGOLO MODULO

Da compilare e inviare via email o via fax alla Segreteria
(info@fondazioneqv.it, fax 0541 489926)

Cognome.....Nome.....
Qualifica Professionale.....C.F. (obbligatorio ai fini dell'Ecm).....
Indirizzo.....CAP.....Città.....Prov.....
Tel.....Cell.....Fax.....e-mail.....

Dati azienda per fatturazione

Azienda.....
Indirizzo.....CAP.....Città.....Prov.....
P.Iva.....Telefono.....Fax.....

TIPOLOGIA ISCRIZIONE

QUOTA ISCRIZIONE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Master | <input type="checkbox"/> Euro 5000,00 (esente IVA ai sensi dell'Art. 10 co. 1.20) del D.P.R. 633/1972) |
| <input type="checkbox"/> I Modulo | <input type="checkbox"/> Euro 800,00 (esente IVA ai sensi dell'Art. 10 co. 1.20) del D.P.R. 633/1972) |
| <input type="checkbox"/> II Modulo | <input type="checkbox"/> Euro 800,00 (esente IVA ai sensi dell'Art. 10 co. 1.20) del D.P.R. 633/1972) |
| <input type="checkbox"/> III Modulo | <input type="checkbox"/> Euro 800,00 (esente IVA ai sensi dell'Art. 10 co. 1.20) del D.P.R. 633/1972) |
| <input type="checkbox"/> IV Modulo | <input type="checkbox"/> Euro 800,00 (esente IVA ai sensi dell'Art. 10 co. 1.20) del D.P.R. 633/1972) |

Il pagamento dell'iscrizione al corso dovrà essere effettuato esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Fondazione per la Qualità di Vita presso Unicredit Banca, filiale di Santarcangelo di Romagna (03665):

- IBAN IT74Z0200868021000103254290
- Causale: Iscrizione Master in Medicina del Dolore 2016

La Segreteria provvederà a dare conferma **via email** dell'avvenuta iscrizione soltanto in seguito al ricevimento della copia di bonifico.

INFORMATIVA PRIVACY: i dati personali che La riguardano vengono elaborati nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs 196/2003 (codice privacy).

autorizzo a trattare i dati indicati nella scheda ai soli fini organizzativi del presente corso
 Il/la sottoscritto/a afferma di aver letto e compreso il Regolamento ufficiale del Master in Medicina del Dolore 2016 e di accetterne integralmente il contenuto.

Data.....

Firma.....