

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SCUOLA MULTIDISCIPLINARE DI FORMAZIONE AGGIORNAMENTO E QUALIFICAZIONE IN FISIOPATOLOGIA DEL TRATTO GENITALE E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. - EUROPE (International Union Against Sexually Transmitted Infections)

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

ASCOLI PICENO • 20-23 Aprile 2009

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

CED Servizi S.r.l. - Via Ungaretti, 84 - 62100 Macerata - Tel. 0733-33844
Fax 0733-33811

e-mail: segreteriacorsi@grupposinerergie.com

Si prega di compilare la scheda in ogni sua parte e di rinviarla alla Segreteria Organizzativa tramite fax unitamente alla ricevuta di avvenuto pagamento della quota di iscrizione o tramite posta allegando l'assegno non trasferibile, entro e non oltre il **10 Aprile 2009**

Tutti i campi sono obbligatori

Cognome

Nome

ViaN°

CAP..... CittàProv.

Tel E-Mail

Qualifica Professionale

QUOTA DI ISCRIZIONE

Medici: euro 450.00 I.V.A. compresa

Specializzandi: euro 350.00 I.V.A. compresa

La quota di iscrizione comprende: partecipazione ai lavori del corso, coffee break, cena sociale, kit congressuale, attestato di partecipazione e attestato ECM

Prima di effettuare l'iscrizione e il relativo pagamento, si prega di contattare la Segreteria Organizzativa per assicurarsi della disponibilità dei posti.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

- **Assegno bancario** intestato e spedito a CED Servizi S.r.l. unitamente alla scheda di iscrizione
- **Bonifico bancario** intestato a CED Servizi S.r.l. Banca delle Marche, Ag. 6 - codice IBAN IT74F060551340700000001600

FATTURAZIONE

Si prega di intestare la fattura a:

Intestatario/Ragione Sociale

Via.....N°.....CAP

CittàProv

Partita Iva

Codice Fiscale

Ai sensi del D.L. 196/2003, in qualità di interessato, presta il proprio consenso al fine di ricevere successive comunicazioni inerenti l'organizzazione di convegni:

do il consenso nego il consenso

Firma Data

SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

SCUOLA MULTIDISCIPLINARE DI FORMAZIONE AGGIORNAMENTO E QUALIFICAZIONE IN FISIOPATOLOGIA DEL TRATTO GENITALE E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. - EUROPE (International Union Against Sexually Transmitted Infections)

CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE

ASCOLI PICENO • 20-23 Aprile 2009

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

CED Servizi S.r.l. - Via Ungaretti, 84 - 62100 Macerata - Tel. 0733-33844
Fax 0733-33811

e-mail: segreteriacorsi@grupposinerergie.com

Si prega di compilare la scheda in ogni sua parte e di rinviarla alla Segreteria Organizzativa tramite fax unitamente alla ricevuta di avvenuto pagamento della quota di iscrizione o tramite posta allegando l'assegno non trasferibile, entro e non oltre il **10 Aprile 2009**

Tutti i campi sono obbligatori

Cognome

Nome

ViaN°

CAP..... CittàProv.

Tel E-Mail

Desidero prenotare n. camere

con arrivo il partenza il

Hotel	Località	Categoria	Camera singola	Camera doppia	Camera dus
Palazzo Guiderocchi	Centro	****	-	119 €	119 €
Hotel Gioli	Semi centro	****	65 €	99 €	75 €
Albergo Piceno	Centro	***	65 €	120 €	85 €
Hotel Marche	Vicino sede	***	50 €	62 €	50 €
Residenza 100 Torri	Centro	****	-	128 €	115 €

Tutti i prezzi si intendono per camera al giorno e comprendono la prima colazione.

L'hotel sarà confermato con invio di voucher.

Diritti di agenzia per prenotazione : Euro 15'

La prenotazione alberghiera sarà accettata se inviata unitamente al pagamento.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Si prega di inviare il deposito pari ad 1 pernottamento + Euro 15 di diritti di agenzia.

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

- **Assegno bancario** intestato e spedito a CED Servizi S.r.l. unitamente alla scheda di iscrizione
- **Bonifico bancario** intestato a CED Servizi S.r.l. Banca delle Marche, Ag. 6 - codice IBAN IT74F060551340700000001600

Specificare nella causale il proprio cognome e "Corso colposcopia - Ascoli Piceno"

FATTURAZIONE

Si prega di intestare la fattura a:

Intestatario/Ragione Sociale

Via.....N°.....CAP

CittàProv

Partita Iva

Codice Fiscale

Ai sensi del D.L. 196/2003, in qualità di interessato, presta il proprio consenso al fine di ricevere successive comunicazioni inerenti l'organizzazione di convegni:

do il consenso nego il consenso

Firma Data