

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso
"La PEDIATRIA FUNZIONALE: dalla clinica alla genetica"
La Pediatria delle 4 P

Predittiva - Preventiva - Personalizzata - Partecipata

Roma, 24 e 25 Novembre 2018

c/o DNB HOUSE HOTEL - Via Cavour 85/A

(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 8 giorni precedenti la data del corso)

Compilare in stampatello maiuscolo

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

Esercita la professione presso:

Ente pubblico Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico Libero professionista Altro

Via/Viale/Piazza _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. abitazione _____ Tel. Studio _____

Cellulare _____ Fax _____

E.mail _____

BARRARE LA SCELTA DESIDERATA

[] iscrizione soci SIPEF gratuita (quota annuale € 60)

[] iscrizione no soci SIPEF € 60

[] Prenotazione cena sociale € 40

Per l'iscrizione effettuare il pagamento della quota annuale per i soci e di iscrizione per i non soci con bonifico bancario a

BANCA ETICA PADOVA - Intestato a SIPEF IBAN IT0700501812101000012311536

Causale: Convegno SIPEF 2018 o iscrizione annuale SIPEF

ed a trasmettere ricevuta di versamento, unitamente al modulo di iscrizione, all'indirizzo mail pediafunz@gmail.com o info@upainuc.it

Dati per l'emissione della ricevuta:

Nome/ragione sociale _____

Via/Viale/Piazza _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Cod. Fisc. _____ P.iva _____

N.B. IMPORTANTE SI PREGA COMUNICARE EVENTUALI DISDETTE DI ISCRIZIONE

Prendo atto che i dati personali richiesti saranno utilizzati dalla Ass. U.P.A.I.Nu.C. e dalla SIPEF solo per gli scopi di questo corso ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Giugno 2003.

In fede

Si ringrazia lo sponsor