



DISMORFISMI UTERINI E INFERTILITA' FEMMINILE

Utero setto: Diagnosi e Trattamento

Bologna, 9 Novembre 2007

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa H.T. Congressi srl

Via Benedetto Marcello 1 - 40141 Bologna

Tel 051-480826 Fax 051-480582 E-mail: clara.congrex@virgilio.it www.htcongressi.com

Nome _____ Cognome _____

Istituto/Ospedale _____

Indirizzo Ospedale _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel _____ Fax _____

Cell _____ E-mail _____

QUOTA DI ISCRIZIONE (20% IVA inclusa)

MEDICI CHIRURGHI/SPECIALIZZANDI € 120,00

La quota include:

Partecipazione ai Lavori Scientifici, Kit Congressuale, Attestato di partecipazione, Coffee Break

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Partita IVA _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Allego fotocopia assegno bancario nr. _____ di € _____
della Banca _____

Allego fotocopia della ricevuta del Bonifico Bancario intestato a:

HT Congressi srl c/c 000000127C00

Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia - Ag. Lame Bologna ABI 6260 CAB 02400

CARTA DI CREDITO: VISA CARTA SI' MASTERCARD

Carta n. _____ Data di Scadenza _____

Titolare della carta _____ Codice sicurezza _____

CANCELLAZIONE DI ISCRIZIONI

Non è previsto alcun rimborso per cancellazioni di iscrizioni

o Autorizzo il trattamento e la diffusione dei dati sopra indicati secondo la legge 675/96 sulla privacy

o Non autorizzo il trattamento e la diffusione dei dati sopra indicati secondo la legge 675/96 sulla privacy

Data _____ Firma _____