SCHEDA DI ISCRIZIONE

Chirurgia Mini Invasiva in Ostetricia, ALESSANDRIA 12 maggio 2023

da inviare via mail a segreteria@eurogyn.it

DATI PERSONALI (*dati obbligatori)	
Cognome*	Nome*
Luogo di nascita*	Data di Nascita*
CF* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Professione*
Disciplina*	Indirizzo*
Località*	CAP* Prov*
Telefono cellulare*	Ordine/Collegio/Ass. Professionali Città* num*.....
E-mail*	P.I.
INQUADRAMENTO PROFESSIONALE* □ convenzionato □ dipendente □ libero professionista □ privo di occupazione	
SE FATTURAZIONE ALL'ISCRITTO	**SE FATTURAZIONE ALLO SPONSOR**
Codice Univoco* |_|_|_|_|_|_|_|	Ragione sociale
C.F.* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Codice Univoco* |_|_|_|_|_|_|_|
PEC*	P.I.* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
	C.F.* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
	Indirizzo*
	Località* CAP* .....Prov*.....
	PEC*.....

Figura professionale:

[ ] MEDICO [ ] SPECIALIZZANDO [ ] INFERMIERA/E, OSTETRICA/O [ ] MEMBRO SICMIG

[ ] **Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla presentazione dei servizi richiesti.**

Data di invio _____ Firma del partecipante _____

QUOTE ISCRIZIONE (termine ultimo 15 maggio)

FIGURA PROFESSIONALE	QUOTA DI ISCRIZIONE
MEDICO	*€ 150 + IVA 22%*
MEMBRO SICMIG	*€ 75 + IVA 22%*
SPECIALIZZANDA/O, INFERMIERA/E, OSTETRICA/O	*€ 50 + IVA 22%*

Comprende: Kit congressuale, Partecipazione a tutte le Sessioni Scientifiche, Accesso ad accreditamento ECM, Attestato di partecipazione.

Il pagamento potrà essere effettuato tramite

- **BONIFICO BANCARIO c/o Banco BPM CODICE IBAN: IT45Z0503420301000000515370 intestato a EUROGYN SOCIETA' DI CONGRESSI SAS**
- **PAY-BY-LINK Verrà inviato un link via mail, sms o whatsapp, da utilizzare per il pagamento**

Segreteria organizzativa: EUROGYN SOCIETA' DI CONGRESSI
segreteria@eurogyn.it – eurogyn@icloud.com Tel. 0371431563 – 3452585327 - 3385304826