



Scheda di iscrizione

SEDE _____ Data _____

COGNOME _____ NOME _____

C.FISCALE _____ INDIRIZZO _____

CITTA' _____ CAP _____ PROV _____ TEL _____ Cell _____

MAIL _____ @ _____

Professione : Medico chirurgo Ostetrica/o Infermiere

ISCRIZIONE GRATUITA

SOCIO AGICO IN REGOLA CON LA QUOTA ANNO 2009 - RINNOVO/NUOVA ISCRIZIONE ANNO 2009**

Socio ordinario: laureato in medicina e chirurgia Socio straordinario: operatore socio-sanitario che condivide le finalità dell'associazione

VERSAMENTO QUOTA ISCRIZIONE PARTECIPAZIONE AL CORSO € 60,00 (compr. IVA) in data _____

DATI PER LA FATTURAZIONE DA COMPILARE SE DIVERSI DAI DATI DEL PARTECIPANTE (FATTURA OBBLIGATORIA DA PARTE DELLA GLOBAL MEDICAL SERVICE SRL)

SOCIETA' e/o PERSONA FISICA:.....

P.IVA O CODICE FISCALE.....

INDIRIZZO.....CITTA'.....

CAP.....PROVINCIA.....TEL.....FAX.....e-mail.....@.....

Inviare a

Segreteria organizzativa
Global Medical Service s.r.l.
Via Azone 15/A 00165 Roma
Tel/Fax 06.6629834 e-mail: gmsroma@libero.it