

**CORSO ITINERANTE – SEZIONE DI RADIOLOGIA MUSCOLOSCHELETRICA
Latina 23 - 24 Ottobre 2009**

Cognome Nome

Partita Iva e C.F.

Ente.....

Dipart./Divisione.....

Indirizzo Ente.....

Indirizzo per fatturazione.....

.....

Partita Iva e C.F.

Cap.....Città.....Provincia.....

Telefono.....Fax.....

E-mail.....

Desidero iscrivermi al Corso versando la seguente quota:

Iscritto alla sezione di radiologia MSK n. tessera

Euro 60,00 IVA inclusa per Soci Sirm non iscritti alla sezione di radiologia MSK

Euro 120,00 IVA inclusa per i non Soci Sirm

Il pagamento è stato effettuato tramite:

Assegno Bancario intestato a Eidomedica srl n..... Banca

Bonifico bancario a favore di Eidomedica srl - coordinate bancarie:

MONTE DEI PASCHI DI SIENA Agenzia n. 54 Via Aurelia 770/D 00165 Roma

IBAN: IT 52 V 01030 03254 000000059996.

**Si prega di allegare alla scheda di iscrizione la ricevuta dell'avvenuto bonifico.
Ricevuta e schede potranno essere inviate via fax.**

Legge Privacy D.Lgs 196/03

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi organizzativi per il convegno a cui vi siete iscritti. Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. In ogni momento è possibile avere accesso ai propri dati chiedendone l'aggiornamento o cancellazione ai sensi della normativa vigente.

Inviare a Eidomedica fax n. 06/66502954 E-mail: g.vivoli@eidomedica.it