Modulo di iscrizione (da compilare in ogni sua parte)

Spettabile **Edi.Ermes** Viale E. Forlanini 65 - 20134 Milano

Iscrizione telefonica al numero
02.70.21.12.74
(segreteria telefonica attiva durante la chiusura degli uffici)

per telefax 24 ore su 24
02.70.21.12.83

per posta c.c.p. n. 51059202

E-mail formazione@eenet.it

Desidero iscrivermi al seguente corso:

_____

_____

_____

_____

Modalità di pagamento

☐ In contrassegno (verranno addebitati € 7,00 di spese postali): sarà spedita una fattura a mezzo raccomandata con addebito dell'importo da pagare al postino

☐ Allego assegno n. _____

☐ Versamento su **c.c.p. n. 51059202** intestato a Edi.Ermes V.le E. Forlanini, 65 - Milano, specificando la causale del versamento

☐ Addebitate l'importo sulla mia carta di credito:

☐ **American Express** ☐ **Visa** ☐ **Carta Sì** ☐ **Diners**

n. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **data di scadenza** |_|_|_|_|

autorizzando l'organizzazione emittente all'addebito sul mio conto

☐ Bonifico bancario direttamente su: San Paolo IMI, filiale 04, CC 100000012831 ABI 01025 CAB 01604 CIN C

L'iscrizione si riterrà confermata **solo** ad avvenuto pagamento, che potrà essere dimostrato anche inviando via fax la ricevuta postale o l'ordine di bonifico.

☐ Consento al trattamento dei miei dati personali a fini amministrativi e ai fini ECM.
☐ Consento inoltre l'utilizzo dei miei dati per l'invio di comunicazioni da parte dell'Organizzatore. I dati saranno trattati nel rispetto del DL n. 196/2003 - Codice della privacy.

_____
Cognome e Nome

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____
Indirizzo (via e n.)

_____ C.A.P. |_|_|_|_|_|
Città + Provincia

_____ _____
Pref. + Telefono e-mail

_____
Luogo e data di nascita

☐ medico (specializzazione) _____

Tessera di iscrizione n. _____ all'albo dell'Ordine dei Medici (prov.) _____

☐ Fisioterapista ☐ Massofisioterapista ☐ Laureato in Scienze motorie ☐ Preparatore atletico

☐ Studente (allegare iscrizione) in _____

DATI PER FATTURAZIONE (compilare se diversi dai soprastanti)

_____ _____
Cognome e Nome Partita IVA

_____
Indirizzo (via e n.)

_____ C.A.P. |_|_|_|_|_|
Città + Provincia

☐ Dichiaro di accettare senza riserve le norme generali pubblicate a pagina 15

_____
Firma (leggibile)