

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO A PAGAMENTO

da compilare in tutte le sue parti e inviare **assieme a copia del bonifico** effettuato,
alla Segreteria Organizzativa fax n. 0429-788356

"LA TERAPIA LOGOPEDICA: ANALISI DI CASI CLINICI NELL'AFASIA" **Monselice, 24 – 25 maggio 2013**

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ e – mail _____ cell. _____

Ente _____ Unità Operativa _____ Sede _____

Professione _____ Disciplina _____

Ordine o Collegio o Associazione Professionale _____ della Provincia o Regione _____

Provincia in cui opera prevalentemente _____

Profilo lavorativo attuale

Dipendente del SSN

Convenzionato del SSN

Libero professionista

Altro (specificare)

Quota di partecipazione:

€ 100 + IVA 21% (se dovuta)

N.B. Prima di procedere al pagamento **si consiglia** di contattare la Segreteria Organizzativa (Log. Iva Rossi tel. 0429-788463 RTF Beatrice Alberti 0429-788267) per verificare la disponibilità dei posti.

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario con causale "**TERAPIA LOGOPEDICA**" intestato a:

Tesoreria Azienda ULSS 17 c/o Cassa di Risparmio del Veneto
Codice IBAN: IT 09 M 06225 62660 06700007027E

Estremi relativi alla fatturazione:

Azienda o Privato soggetti ad IVA

Ente non soggetto ad IVA (**allegare copia di autorizzazione dell'Ente di appartenenza**)

Denominazione _____ P.I. _____ C.F. _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma leggibile _____

N.B.: In allegato copia del bonifico effettuato.