

**MODULO ISCRIZIONE CORSO TEORICO/PRATICO
"ANESTESIA LOCOREGIONALE"
27/28/29/30 OTTOBRE 2016**

Dati anagrafici

Cognome.....Nome.....
Codice fiscale.....
Provincia e n° iscrizione ordine med. vet.....

Recapito

Abitazione/Clinica/Ambulatorio/Azienda/Ente.....
Indirizzo.....
Comune.....Provincia.....CAP.....
Telefono fisso.....Cellulare.....
e.mail.....Fax.....

Modalità di pagamento

- bonifico bancario
- contanti in sede congressuale
- altro.....

Dati per fatturazione

Intestatario.....
Indirizzo.....
Comune.....Provincia.....CAP.....
Partita IVA / Codice fiscale.....

Desidero ricevere la fattura

- per e-mail
- per posta ordinaria

Firma