



# *giornate romane* **di medicina clinica**

Roma, 16/17 Aprile 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE

## PARTECIPANTE

Titolo \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

## QUOTA D'ISCRIZIONE

Quota di iscrizione € 100,00 + IVA 20% = € 120,00

Quota di iscrizione: \_\_\_\_\_

Prenotazione alberghiera: \_\_\_\_\_

Diritti prenotazione \_\_\_\_\_

Totale \_\_\_\_\_

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

- con assegno circolare di c/c a OMNIA Meeting & Congressi srl - Via Torino, 29 - 00184 Roma;
- tramite bonifico bancario su Banca di Sassari codice IBAN: IT91 X056 7603 2000 0000 3001 327
- tramite internet al sito [www.omniameeting.com](http://www.omniameeting.com), indicando il numero della carta di credito;
- Carta di Credito



Eurocard

Nome Intestatario \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La fattura andrà intestata a: \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*Comunicazione ai sensi della Legge Privacy 30/06/2003, n. 196.*

*La informiamo che i dati da Lei comunicati all'atto della sua iscrizione sono inseriti negli indirizzari dell'OMNIA Meeting & Congressi srl per divulgazione di informazioni scientifiche. La OMNIA Meeting & Congressi srl è titolare del trattamento dei dati. A norma delle disposizioni di legge in oggetto, lei può, in ogni momento, avere accesso ai suoi dati, chiederne la modifica, l'integrazione, la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo.*

Data ..... Firma .....

**Inviare la scheda per Fax alla Segreteria Organizzativa (06.4815339)**

*In caso di invio di assegno a mezzo posta, la preghiamo di compilare in ogni sua parte questa scheda e rispedirla a mezzo raccomandata a:*

**OMNIA Meeting & Congressi srl - Via Torino, 29 - 00184 Roma**

I suoi dati non saranno diffusi a terzi, nel rispetto della legge 675/96 sulla tutela dei dati personali