



giornate romane **di medicina clinica**

Roma, 15/16 Aprile 2010

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, 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