ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corsi teorico-pratici di citologia
Periodo di svolgimento: dal __ /__ / _____ al __ /__ / _____

Segreteria Organizzativa
Sig.ra Susanna Da Costa
ISPO – S.C. Citopatologia
Viale A. Volta 171 – 50131 Firenze
Tel. 055 5012236 Fax 055 5012304
e-mail: s.dacosta@ispo.toscana.it

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA A MEZZO FAX.
ENTI PUBBLICI: PAGAMENTO A RICEVIMENTO FATTURA. ALLEGARE ALLA SCHEDA AUTORIZZAZIONE AZIENDALE.
PRIVATI: ALLEGARE ALLA SCHEDA COPIA DEL BONIFICO BANCARIO.

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accreditamento E.C.M.)

NOME | COGNOME

Codice Fiscale

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Qualifica professionale_____ Specializzato in _____ Specializzando in _____

Indirizzo privato

Città | CAP | Prov.

Tel./Cell. | e-mail

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza _____

Unità Operativa/Servizio _____

Indirizzo Ente

Città | CAP | Prov.

Tel. Fax | e-mail

QUOTA DI ISCRIZIONE

Corso teorico-pratico di citologia _____ **(indicare il corso prescelto)**

❑ **€ 400,00 + marca da bollo € 1,81** (€ 401,81) Enti pubblici (esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972) per n. 3 giorni

❑ **€ 400,00 + IVA 20%** (€ 480,00) Privati per n. 3 giorni

MODALITÀ DI PAGAMENTO

❑ **Bonifico Bancario** da versare presso la Cassa di Risparmio di Firenze, Filiale Enti e Tesoreria (via del Castellaccio 36/38 – Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Corso teorico-pratico di citologia".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica _____

Ragione Sociale se Azienda _____

Indirizzo

Codice Fiscale

Partita IVA

Ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).

Firma_____