CORSO TEORICO PRATICO PER LO SCREENING DELLE CARDIOPATIE CONGENITE

Scheda di Iscrizione

Compila la scheda ed inviala alla e-mail: organiz@dimed.com

Cognome_____Nome_____

Via_____n._____

Città_____ Provincia_____ CAP_____

Tel._____ FAX_____ Tel. Cellulare_____

e-mail_____

Istituto di Appartenenza_____ Tel._____

Modalità di Pagamento

Assegno n.ro_____ di euro_____

Bonifico n.ro_____ di euro_____

La Dimed intesterà la fattura a:

_____

Via_____n._____

Città_____ Provincia_____ CAP_____

P.IVA / Codice Fiscale_____

La scheda sarà ritenuta valida solo se accompagnata dall'importo dei servizi richiesti.
Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati ai sensi della legge 675/96.

Data_____ Firma_____