



## INFORMAZIONI GENERALI

### Per Informazioni :

Commissione Scientifica Collegio Professionale TSRM  
Seg. 347.0783385 fax : 045.8650652  
Email : [commscient.tsrmyvr@alice.it](mailto:commscient.tsrmyvr@alice.it) , c.c.: [verona@tsrm.org](mailto:verona@tsrm.org)  
tel. Responsabile evento : 329.4253236 ( Paolo Giarolo )

### NOTE RELATIVE ALL'EVENTO

- *L'evento formativo si svolgerà a numero chiuso con un massimo di 150 ( centocinquanta ) iscritti ;*
- *Quota di iscrizione : 20 € ( TSRM Iscritti al Collegio di Verona ) , 48 € ( TSRM NON iscritti ) da effettuarsi sul c.c.b. 10131284 intestato a : Collegio Tecnici Radiologia Medica Verona, Cod. IBAN : IT 04 I 05040 59360 000010131284 - Banca Antonveneta - causale : Evento formativo " Premio di Laurea TSRM "*
- *L'iscrizione comprende il kit congressuale , break , pasto e attestato di partecipazione ;*
- *Le iscrizioni dovranno pervenire tramite fax: 045.8650652 , alla segreteria organizzativa entro il 21 Marzo 2010 ( per le iscrizioni dopo tale data il costo sarà di 70 € ) , utilizzando il modulo di iscrizione , allegando ricevuta di pagamento del bollettino .*
- *Saranno ammesse iscrizioni anche via email , all'indirizzo : [commscient.tsrmyvr@alice.it](mailto:commscient.tsrmyvr@alice.it) , c.c. [verona@tsrm.org](mailto:verona@tsrm.org) , con allegato il modulo di ricevuta di pagamento del bonifico .*
- *Agli ISCRITTI al Collegio Professionale di Verona verranno rilasciati gli attestati al termine dell'ASSEMBLEA PROVINCIALE .*

## INFORMAZIONI GENERALI

### Per Informazioni :

Commissione Scientifica Collegio Professionale TSRM  
Seg. 347.0783385 fax : 045.8650652  
Email : [commscient.tsrmyvr@alice.it](mailto:commscient.tsrmyvr@alice.it) , c.c.: [verona@tsrm.org](mailto:verona@tsrm.org)  
tel. Responsabile evento : 329.4253236 ( Paolo Giarolo )

### NOTE RELATIVE ALL'EVENTO

- *L'evento formativo si svolgerà a numero chiuso con un massimo di 150 ( centocinquanta ) iscritti ;*
- *Quota di iscrizione : 20 € ( TSRM Iscritti al Collegio di Verona ) , 48 € ( TSRM NON iscritti ) da effettuarsi sul c.c.b. 10131284 intestato a : Collegio Tecnici Radiologia Medica Verona, Cod. IBAN : IT 04 I 05040 59360 000010131284 - Banca Antonveneta - causale : Evento formativo " Premio di Laurea TSRM "*
- *L'iscrizione comprende il kit congressuale , break , pasto e attestato di partecipazione ;*
- *Le iscrizioni dovranno pervenire tramite fax: 045.8650652 , alla segreteria organizzativa entro il 21 Marzo 2010 ( per le iscrizioni dopo tale data il costo sarà di 70 € ) , utilizzando il modulo di iscrizione , allegando ricevuta di pagamento del bollettino .*
- *Saranno ammesse iscrizioni anche via email , all'indirizzo : [commscient.tsrmyvr@alice.it](mailto:commscient.tsrmyvr@alice.it) , c.c. [verona@tsrm.org](mailto:verona@tsrm.org) , con allegato il modulo di ricevuta di pagamento del bonifico .*
- *Agli ISCRITTI al Collegio Professionale di Verona verranno rilasciati gli attestati al termine dell'ASSEMBLEA PROVINCIALE .*

## INFORMAZIONI GENERALI

### Per Informazioni :

Commissione Scientifica Collegio Professionale TSRM  
Seg. 347.0783385 fax : 045.8650652  
Email : [commscient.tsrmyvr@alice.it](mailto:commscient.tsrmyvr@alice.it) , c.c.: [verona@tsrm.org](mailto:verona@tsrm.org)  
tel. Responsabile evento : 329.4253236 ( Paolo Giarolo )

### NOTE RELATIVE ALL'EVENTO

- *L'evento formativo si svolgerà a numero chiuso con un massimo di 150 ( centocinquanta ) iscritti ;*
- *Quota di iscrizione : 20 € ( TSRM Iscritti al Collegio di Verona ) , 48 € ( TSRM NON iscritti ) da effettuarsi sul c.c.b. 10131284 intestato a : Collegio Tecnici Radiologia Medica Verona, Cod. IBAN : IT 04 I 05040 59360 000010131284 - Banca Antonveneta - causale : Evento formativo " Premio di Laurea TSRM "*
- *L'iscrizione comprende il kit congressuale , break , pasto e attestato di partecipazione ;*
- *Le iscrizioni dovranno pervenire tramite fax: 045.8650652 , alla segreteria organizzativa entro il 21 Marzo 2010 ( per le iscrizioni dopo tale data il costo sarà di 70 € ) , utilizzando il modulo di iscrizione , allegando ricevuta di pagamento del bollettino .*
- *Saranno ammesse iscrizioni anche via email , all'indirizzo : [commscient.tsrmyvr@alice.it](mailto:commscient.tsrmyvr@alice.it) , c.c. [verona@tsrm.org](mailto:verona@tsrm.org) , con allegato il modulo di ricevuta di pagamento del bonifico .*
- *Agli ISCRITTI al Collegio Professionale di Verona verranno rilasciati gli attestati al termine dell'ASSEMBLEA PROVINCIALE .*

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome .....

Nome .....

## Indirizzo Professionale:

Unità Operativa .....

Ospedale .....

Via .....

CAP .....

Città .....

tel. : .....

Fax : .....

Email : .....

Cod .

Fiscale .....

( obbligatorio per ECM )

## Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

**N.B. :** in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data .....

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome .....

Nome .....

## Indirizzo Professionale:

Unità Operativa .....

Ospedale .....

Via .....

CAP .....

Città .....

tel. : .....

Fax : .....

Email : .....

Cod .

Fiscale .....

( obbligatorio per ECM )

## Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

**N.B. :** in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data .....

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome .....

Nome .....

## Indirizzo Professionale:

Unità Operativa .....

Ospedale .....

Via .....

CAP .....

Città .....

tel. : .....

Fax : .....

Email : .....

Cod .

Fiscale .....

( obbligatorio per ECM )

## Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

**N.B. :** in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data .....