

SCHEDA DI REGISTRAZIONE

Corso Ecm del 18 Settembre 2010. Vasto (Ch)

SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE ED INVIARE VIA FAX: 0863.446936

Cognome : _____ Nome : _____

Data e luogo di nascita : ____ / ____ / ____ Città : _____ Prov. _____

Codice Fiscale : _____

Qualifica : Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Ente di appartenenza : _____

Reparto/altro : _____

Via / altro: _____ N° : _____ C.A.P. : _____

Citta' : _____ Prov.: _____

RECAPITI TELEFONICI

Abitazione : _____ Ufficio : _____ Fax : _____

Cellulare : _____ E-mail : _____ @ _____

INDIRIZZO ABITAZIONE PER TUTTE LE COMUNICAZIONI

Via : _____ N° : _____ C.A.P. : _____

Citta' : _____ Prov.: _____

Quota di sola iscrizione: 20 (Venti) Euro.

Quota di iscrizione e pranzo del 18.09.10: 40 (Quaranta) Euro.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario intestato a: Collegio Interprovinciale TSRM AQ-CH-PE-TE
Banca Tercas filiale 104 Avezzano (Aq)
IBAN : IT 62 K 06060 40441 CC 1040050400

Le iscrizioni sono accettate in ordine cronologico di arrivo e se corredate delle ricevute di versamento. Sono ammessi pagamenti cumulativi di più iscrizioni, con l'indicazione dei nominativi nella ricevuta di versamento e le relative schede individuali.

Accertarsi della disponibilità dei posti. (Max 400 partecipanti)

Autorizzo l'utilizzo dei miei dati, nei limiti del D. Lgs. 196/03 sul trattamento dei dati personali.

Fax: 0863.446936

e-mail: segreteriaatsrmabruzzo@gmail.com

Info line: 335.6155156 – 339.1259155 - 339.3466688

Luogo e data

FIRMA PARTECIPANTE
