Corso di aggiornamento SISM

Cagliari, 13 ottobre 2014

Scheda di iscrizione

La scheda deve essere compilata in ogni sua parte.
I campi in grassetto sono obbligatori per ricevere i crediti ECM.

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

_____

Professione* _____

Indirizzo abitazione _____

CAP _____ **Città** _____

Telefono _____

Cellulare _____

E-mail _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo Ente _____

CAP _____ Città _____

Provincia _____

Telefono _____

Fax _____

* gli studenti devono presentare un attestato di iscrizione al corso di laurea in scienze infermieristiche

Corso di aggiornamento SISM

Cagliari, 13 ottobre 2014

Dati di fatturazione

Da compilare obbligatoriamente anche nel caso in cui sia il soggetto stesso a pagare la quota.

Intestazione _____

Via _____

CAP _____ Città _____

Provincia _____

Partita IVA _____

C.F. _____

Per esenzione pagamento IVA compilare la parte sottostante

Titolo di esenzione IVA legge n._____

Ente richiedente l'esenzione_____

Timbro dell'Ente _____

Firma del responsabile dell'ente _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario (allegare fotocopia alla scheda di iscrizione) intestato a:
Sclerosi Multipla Italia Soc. Consortile A R.L. c/o Unicredit S.p.A:
Codice IBAN: IT 61 R 02008 01438 000033500000
Causale: **quota di iscrizione Corso di aggiornamento SISM – Cagliari, 13 ottobre 2014**
Conto corrente postale n. 65370918 (allegare fotocopia)
Intestato a SM Italia S. Cons. A R.L., Via Operai, 40, 16149 Genova
Causale: **quota di iscrizione Corso di aggiornamento SISM – Cagliari, 13 ottobre 2014**