

24° CONVEGNO INTERREGIONALE DI STUDIO

PATOLOGIA CLINICA DELL'EMOSTASI

VICENZA 28-29 MAGGIO 2009 Villa Valmarana Morosini (Altavilla Vicentina)

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE da inviare a M.A.F. SERVIZI SRL Fax ++39 011 505976

Cognome Nome

Ospedale UO

Indirizzo professionale Cap Città PV

Telefono Fax E-mail

indirizzo privato (Obbligatorio per ECM) Cap Città PV

Telefono C.F.

Ruolo Disciplina

QUOTE D'ISCRIZIONE (iva inclusa 20%)

SOCI SIMEL	Euro 200	<input type="checkbox"/>	SOCI SIMEL -DSL B	Euro 200	<input type="checkbox"/>
SOCI SIMEL-STLB	Euro 100	<input type="checkbox"/>	NON SOCI	Euro 260	<input type="checkbox"/>

MODALITA' DI PAGAMENTO QUOTA D'ISCRIZIONE

- Assegno bancario "non trasferibile" intestato a M.A.F. Servizi Srl;
- Bonifico bancario in favore di M.A.F. Servizi Srl:
Unicredit Banca d'Impresa SpA - Filiale di Torino (cod. 6756)
C/c 000004506011 - ABI 03226 - CAB 01000 - CIN L - IBAN IT 84
Causale del pagamento: Congresso SIMEL 2009 C9_07/Cognome Nome
(si prega di allegare copia del bonifico bancario).
- Carta di credito: Master Card - Visa

Autorizzo la M.A.F servizi SRL al prelievo di Euro

Carta di credito n°. Codice di sicurezza (ultime 3 cifre)

Data di scadenza Intestata a

Data di nascita

Firma

DATI PER LA FATTURAZIONE (Compilazione obbligatoria)

Ragione Sociale e/o Nome e Cognome

Indirizzo CAP Città PV

P. IVA - C.F.

Data

Firma