

*Academy in*  
**PATOLOGIA DEL BASSO TRATTO GENITALE  
FEMMINILE INFETTIVA E NEOPLASTICA**

**Melegnano (MI), 5-6 aprile 2019**

**Scheda di Iscrizione**

La presente scheda dovrà essere inviata debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa  
**HT Eventi e Formazione srl**  
Via D'Azeglio 39 - 40123 Bologna  
Tel. 051 473911 Fax 051 331272 fabiola@htcongressi.it www.htcongressi.it

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Ospedale/Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo Ospedale/Istituto \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Intestare fattura a (dati obbligatori) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

**QUOTE DI ISCRIZIONE (22% IVA inclusa)**

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Medico Chirurgo                                 | € 244,00 |
| <input type="checkbox"/> Ostetriche, Infermieri, Specializzandi, Biologi | € 122,00 |

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

- Bonifico Bancario** intestato a: HT Eventi e Formazione  
c/c 000101107244 Unicredit Banca - Ag. Bologna San Mamolo IBAN: IT 57G0200802452000101107244  
Causale: Nome e Cognome dell'iscritto e **Corso "B19"**  
**Gli oneri bancari saranno a carico del partecipante**  
Si prega di inviare fotocopia del bonifico effettuato unitamente alla presente scheda al Fax nr. 051 331272

- Carta di Credito**      ✓ VISA      ✓ MASTERCARD

Titolare \_\_\_\_\_ Carta numero \_\_\_\_\_

Scadenza \_\_\_\_\_ Codice Sicurezza \_\_\_\_\_

Secure Code verified by Visa/Mastercard (obbligatorio) \_\_\_\_\_

*o Autorizzo il trattamento e la diffusione dei dati sopra indicati secondo il Regolamento UE 679/2016 sulla privacy*

*o Non autorizzo il trattamento e la diffusione dei dati sopra indicati secondo il Regolamento UE 679/2016 sulla privacy*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_