

MODULO ISCRIZIONE

Visione Integrata tra allergie e intolleranze alimentari

DATI PERSONALI

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICEFISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VIA _____ CAP _____ CITTA' _____ (____)

CELLULARE _____ E-MAIL _____

Qualifica _____

- 70 euro per i non soci
- 50 euro per chi si associa, comprensivo della quota annuale
- 30 euro per i soci ABNS
- 15 uditori/studenti

Luogo e Data

Firma

Il Modulo compilato a stampatello andrà inviato **entro il 25 Settembre** ad **associazione.abns@gmail.com**