



**MODULO ISCRIZIONE
"PATOLOGIA AUTOIMMUNI"
NAPOLI – 24 NOVEMBRE 2018**

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Via _____ CAP _____ Città _____ (____)

Telefono _____

Cellulare _____

E-mail _____

Qualifica _____

Specializzazione _____

QUOTA DI PARTECIPAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

Socio SLAM (**euro 30**) **Matricola n°** _____

Studenti del corso di Laurea Magistrale o specialistica inerenti al settore della Nutrizione Umana 20 posti disponibili (**euro 20**) **Matricola n°** _____

Facoltà di _____

Non sono Socio SLAM (**euro 100**)

Il versamento avverrà tramite:

Bonifico bancario intestato a: ASSOCIAZIONE SLAM – CORSI E FORMAZIONE (20 euro, 30 euro o 100 euro)

IBAN: IT 19 X 03442 14239 000058643857

indicando la causale "**Iscrizione Nome e Cognome, Corso PATOLOGIE AUTOIMMUNI 2018**".

Firma _____

Luogo _____ Data _____

Il Modulo, **compilato a mano e in stampatello**, andrà inviato a slamformazione@gmail.com