



DOMANDA DI ISCRIZIONE			
Codice fiscale			
Cognome			
Nome			
Data di nascita (gg/mm/aaaa)			
Comune di nascita		PR	
Comune di residenza		PR	
Indirizzo di residenza		CAP	
Telefono		Cellulare	
Indirizzo email			
Professione			
Specializzazione			
Struttura pubblica o privata di appartenenza			

QUOTA DI PARTECIPAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO

- desidero iscrivermi al solo corso ECM del 9 e 10 Ottobre 2019 al costo di € 250,00 (12 crediti ECM)
- desidero iscrivermi alla SCUOLA PER CONSULENTE TECNICO GIUDIZIARIO PER PROFESSIONISTI SANITARI 2019-2020 al costo di € 1000,00 (50 crediti ECM anno 2019 – 50 crediti ECM anno 2020)

Il versamento della quota di iscrizione deve avvenire tramite bonifico così intestato:

CONOSCENZA MEDICA AC

CAUSALE: SCUOLA PERITI

IBAN IT45J0200816511000103560718

UNICREDIT AGENZIA 21800 MESSINA GARIBALDI

Nel caso di iscrizione alla SCUOLA è possibile effettuare il pagamento dell'importo di €1000,00 in quattro tranches da €250,00 previa comunicazione alla Segreteria organizzativa

La presente scheda di iscrizione unitamente all'attestazione di avvenuto bonifico deve essere inviata alla Segreteria Organizzativa al seguente indirizzo email iscrizioni@conoscenzamedica.it

_____, _____
(Luogo e data)

Firma _____