SCHEDA D'ISCRIZIONE

20° Congresso Nazionale S.I.U.M.I.O.

Firenze, 12 - 13 Febbraio 2027

*Cognome_____*Nome _____

*Indirizzo_____*CAP_____

*Città_____*Prov._____

*Tel_____*Email _____

*C.F._____*Luogo e Data di Nascita _____

*Qualifica_____*Az. Osp /Ente _____

*Professione:_____

*Inquadramento professionale: ☐ Libero Professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato

La quota d'iscrizione è di € 150,00 IVA inclusa per Medici Chirurgi Specialisti in:

☐ Medicina Interna ☐ Allergologia ☐ Pediatria ☐ Oftalmologia ☐ Reumatologia

La partecipazione è gratuita per:

☐ Specializzandi

Coordinate Bancarie: Conto intestato a Formazione ed Eventi srl
Unicredit Banca di Roma - IBAN : IT88U0200805265000401320851

Indicare nella causale del bonifico: Cognome e Nome dell'iscritto, città e data del corso.

Dati per la fatturazione:

Intestare a:_____

P.IVA e/o Codice Fiscale: _____

Codice Univoco (solo per i possessori di partita IVA): _____

Indirizzo:_____

N. B. *Compilare il modulo in tutti i campi e mandare insieme alla copia del bonifico all'indirizzo mail:* **info@formazionedeventisrl.it**.

**Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

☐ Accetto ☐ Non Accetto

Data_____ Firma _____