



CONGRESSO NAZIONALE FAMLI

NULLA SI SA, TUTTO SI IMMAGINA**RIMINI, 21-23 NOVEMBRE 2019**

Hotel Ambasciatori – Rimini, Viale Amerigo Vespucci, 22

SCHEDA DI ISCRIZIONEda compilare e inviare via fax al num. 0809904099 o via email a: antonelladangella@italianacongressi.it.
Per informazioni: tel. **0809904054** – Cell. **3921375047** – www.convegni.info/famli Dott. Prof. Avv.

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita ____/____/____

Cellulare _____ Email _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cod. Fisc. _____ P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ragione Sociale Azienda / Ente _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Recapiti corrispondenza preferiti Personali Azienda / Ente Sezione dedicata ai **MEDICI**

Specializzazione _____

Ordine di _____ Numero _____ in data ____/____/____

 Sezione dedicata agli **AVVOCATI**

Albo di _____ Numero _____ in data ____/____/____

 Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione _____

Il sottoscritto, conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali per consentire la regolarizzazione dei reciproci rapporti e per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e scientifico.

ISCRIZIONE AL CONGRESSO (inclusa IVA escluso spese alberghiere) DEADLINE ISCRIZIONI 10 NOVEMBRE 2019

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> SOCI* - CONSULTA Iscrizioni prima del 10 ottobre 2019 | € 270,00 |
| <input type="checkbox"/> ALTRI Iscrizioni prima del 10 ottobre 2019 | € 390,00 |
| <input type="checkbox"/> SOCI* - CONSULTA Iscrizioni dopo il 10 ottobre 2019 | € 390,00 |
| <input type="checkbox"/> ALTRI Iscrizioni dopo il 10 ottobre 2019 | € 480,00 |
| <input type="checkbox"/> SPECIALIZZANDI (50 posti disponibili a tariffa scontata) | € 220,00 |
| <input type="checkbox"/> WORKSHOP "IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI" | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> WORKSHOP "LO STUDIO MEDICO LEGALE: ORGANIZZAZIONE FISCALE E DINTORNI" | € 50,00 |

*Indicare l'associazione di appartenenza _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

-
- BONIFICO BANCARIO – IBAN: IT53B030694144210000001854**
-
- Banca Intesa San Paolo. Bonifico intestato a
- ITALIANA CONGRESSI E FORMAZIONE Srl**
- . Specificare nella causale
- FAMLI**
- e i riferimenti della persona che si iscrive

Data _____

Firma _____

