

# INCONTRI PNEUMOLOGICI SALENTINI

LECCE 8-9 GIUGNO 2012

## Scheda di iscrizione

da inviare compilata in stampatello a:

MEETING PLANNER SRL

Via S. Matarrese, 12 - Pal. G - 70124 BARI - Fax 080.2140203 - info@meeting-planner.it

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

- Medico Chirurgo Specialista in:
- |  |                                      |   |   |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Malattie dell'Apparato Respiratorio | <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica | <input type="checkbox"/> Medicina Interna |
| <input type="checkbox"/> Igiene e Medicina Preventiva        | <input type="checkbox"/> Oncologia   | <input type="checkbox"/> Medicina Generale  |   |

Infermiere

Fisioterapista

Reparto ed Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo ab. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### QUOTA D'ISCRIZIONE:

- Medico Chirurgo: gratuita
- Infermieri e Fisioterapisti: € 20,00 (IVA Inclusa)

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Assegno intestato a Meeting Planner Srl
- Bonifico intestato a Meeting Planner Srl  
UniCredit Bari IBAN: IT 21 X 02008 04024 000010278286  
(specificare nella causale: **Incontri Pneumologici Salentini 2012**)

Fatturare a: \_\_\_\_\_

P. IVA/C.F.: \_\_\_\_\_

dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all' Ente di appartenenza

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all' Ente di appartenenza

Invitato dall'Azienda (sponsor) \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_