



VERRÀ LA MORTE E AVRÀ I TUOI OCCHI

Il problema del suicidio

Novara • Venerdì, 20 marzo 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare, **entro il 6 marzo 2015**, via e-mail o via fax, a:
Stilema S.r.l. - Via Cavour, 19 - 10123 Torino
Tel. 011 5624259 - Fax 011 534409
e-mail: organizzazione@stilema-to.it

Nome* _____

Cognome* _____

Codice Fiscale* _____

Luogo e data di nascita* _____

Professione* _____

Disciplina* _____

Indirizzo di residenza _____

CAP Città Prov. _____

Tel. Fax _____

Cellulare _____

e-mail _____

Dipendente / Libero professionista (barrare la voce desiderata)* _____

Ente/Ospedale/Università _____

Indirizzo _____

CAP Città Prov. _____

Tel. _____

e-mail* _____

* Dati obbligatori per l'ottenimento dei crediti ECM

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e/o 47 DPR 445/00 in materia di autocertificazione, ed ai sensi e nel rispetto dell'art. 13 DLGS 196/03, in materia di trattamento di dati personali, il sottoscritto dichiara che i dati forniti corrispondono a verità e ne autorizza il trattamento.

Data _____

Firma _____



ISCRIZIONE

- GRATUITA: soci SIP in regola con il pagamento della quota 2015
- 50,00 euro: non soci SIP

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale/Nome Cognome*

Indirizzo*

CAP*

Città*

Prov.*

P. IVA e Codice Fiscale*

Tel.*

Fax*

e-mail*

* Dati obbligatori

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Bonifico bancario a favore di Stilema s.r.l.
Banca Regionale Europea IBAN IT26W0690601015000000021172
(copia del bonifico dovrà essere allegata alla scheda di iscrizione)

- Carta di credito: Visa Master Card

Numero

Codice CCV

Data di scadenza (mese e anno)

Nome del titolare

Autorizzo l'addebito della mia carta di credito
per l'importo di Euro

Firma del titolare
