



Nome _____

Cognome _____

Professione _____

Indirizzo _____

CAP _____

Città _____

Prov. _____

Tel. _____

Fax _____

Cellulare _____

e-mail _____

Intestazione fattura: (ragione sociale, indirizzo e partita IVA/Codice fiscale)

desidero iscrivermi:

Socio ACP (in regola con la quota associativa 2010)
€ 240,00 (IVA compresa) entro il 30 marzo
€ 300,00 (IVA compresa) dopo il 30 marzo

Non Soci ACP
€ 360,00 (IVA compresa)

Specializzandi e studenti di pediatria (muniti di idonea certificazione) gratuita

allego copia dell'avvenuto pagamento

Acquisizione del consenso dell'interessato - art. 23 D.Lgs. 196/2003

Il/la sottoscritto/a,

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003 dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali anche sensibili e alla loro eventuale comunicazione a terzi.

Data _____

Firma _____

da compilare, fotocopiare ed inviare a:

DEFLA organizzazione eventi

tel. 081 402093 fax 081 0606133 - info@defla.it

Per annullamenti pervenuti entro il 10 aprile è previsto un rimborso del 50%, dopo tale data non sarà riconosciuto alcun rimborso.

La richiesta deve pervenire per iscritto alla Segreteria Organizzativa, che provvederà a rendere l'importo, detratto di € 10,00 quale costo di gestione, dopo la fine del congresso.