



Università degli Studi di Napoli
"Federico II"
Dipartimento di Pediatria

GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA A NAPOLI

SECONDO INCONTRO

NAPOLI

19/20 Novembre 2010

Centro Congressi "Federico II"

Aula Magna Partenope



Scheda Richiesta Iscrizione

*Ai fini ECM è obbligatorio compilare la presente scheda in tutte le sue parti in stampatello.
Le schede pervenute non complete di tutti i dati non saranno considerate valide.*

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Codice Fiscale

Ente di appartenenza

Professione

Disciplina

Indirizzo privato

CAP Città

Prov. Telefono

Fax Cell.

E-mail

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. lgs. 30 giugno 2003, n.196 - Codice in materia di protezione dei dati personali - ed alla presente allegata esprime il proprio consenso affinché tali dati personali vengano trattati esclusivamente per gli scopi indicati nella stessa.

[amagon]

Segreteria Organizzativa

amagon s.r.l. Via G. Gigante, 3b - 80136 Napoli
tel. 081 2403199 fax 081 2403299
info@amagon.it

INFORMAZIONI GENERALI

Data

19/20 Novembre 2010

Sede Dei Lavori

Centro Congressi Federico II
Aula Magna Parenope
Via Partenope, 36 Napoli

Iscrizione

La quota di iscrizione è di euro 100,00 (IVA inclusa) e comprende:

- Ammissione alle Sessioni Scientifiche
- Attestato di Partecipazione
- Coffee break
- Colazione di lavoro

Essendo l'Evento a numero chiuso, la richiesta di iscrizione dovrà essere effettuata a mezzo e-mail (info@amagon.it) o a mezzo Fax (081 2403299) alla Segreteria Organizzativa [amagon] verificando telefonicamente l'avvenuta ricezione.

La conferma dell'iscrizione avverrà in base all'ordine di arrivo e alla disponibilità di posti, e sarà comunicata esclusivamente a mezzo e-mail o Fax. Entro 3 giorni sarà necessario inoltrare copia del bonifico di quanto dovuto. In caso contrario, l'iscrizione non sarà considerata valida.

Modalità di Pagamento

Bonifico Bancario intestato a: [amagon] srl

Banca Popolare di Bari

IBAN: IT 19 A054 2403 4020 0000 1000 885

Causale: iscrizione Dott./Dott.ssa (inserire nominativo)

Gastroenterologia Pediatrica a Napoli: Il incontro

DATI PER LA FATTURAZIONE:

Intestato a:

Indirizzo

P.IVA. / C.F.

Attendo "Accettazione di Iscrizione"

Data Firma