



(La presente scheda va compilata in stampatello leggibile in tutte le sue parti e firmata)

Cognome					
Nome					
Nato a			il		
Via				N.	
CAP		Città			
Provincia		Telefono			
Cellulare			E-Mail		
Laurea in					
Specializzazione					
Codice Fiscale del partecipante (obbligatorio)					

DATI PER LA FATTURAZIONE

- Barrare se indirizzo abitazione
 Barrare se indirizzo ambulatorio

Intestazione					
Via				N.	
CAP		Città			
Provincia		Telefono			
Fax			P. IVA		

- Barrare se sprovvisto di P. IVA

Firma	
--------------	--

Data	
-------------	--

Firma	
--------------	--