

# Scheda d'Iscrizione

Scheda di partecipazione al programma crediti E.C.M.

Si prega di compilare e rispedire via fax entro e non oltre il 10 settembre 2008 al numero 02 3491629

## Comparative Healthcare Systems and CV Treatments

Healthcare Systems Coronary Artery Disease Valvular Heart Disease

Milano, Italia · Martedì-Giovedì 23-25 Settembre, 2008

**I DATI SONO OBBLIGATORI PER I CREDITI** (scrivere in stampatello)

Il sottoscritto acquisisce le informazioni di cui alla legge 675/96, ai sensi dell'art. 11 della legge stessa, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali al fine di consentire la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo, commerciale.

Nome ..... Cognome .....

Nato a ..... Il .....

Codice fiscale .....

Indirizzo abitazione ..... n° .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

Tel ..... Fax .....

E-mail .....

Specializzazione .....

Qualifica professionale .....

Ente di appartenenza .....

Indirizzo ..... n° .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

Firma del partecipante .....

Quota iscrizioni (IVA 20% inclusa). Medici strutturati €300, Specializzandi €150.

La quota comprende: Partecipazione ai lavori / Coffee breaks / Lunches

### Modalità di pagamento:

Indicare nella causale la dicitura "Nome, Cognome, Iscrizione Comparative Healthcare System Pratica 08/8651.1"

· **tramite bonifico bancario** su: Cassa Lombarda, sede Via Manzoni, 14 - 20121 Milano

IBAN: IT138034880160100000010771 - Intestato a Marben srl

· **tramite carta di credito:** MASTERCARD (comm. 3,5 %) - VISA (comm. 3,5 %)

carta nr ..... scadenza il ..... / .....