



Gestione delle disfunzioni intestinali in neuroriabilitazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO FAD ECM

(si prega di scrivere in stampatello leggibile)

COGNOME _____ NOME _____

PROFESSIONE _____ DISCIPLINA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV. _____

TEL _____ EMAIL _____

DATA DI NASCITA ____ / ____ / ____ LUOGO DI NASCITA _____

DATI DI FATTURAZIONE (partita IVA, codice SDI etc) _____

QUOTA **SOCI SIRN e Specializzandi: 50,00 euro** (iva inclusa)

QUOTA **NON SOCI SIRN: 100,00 euro** (iva inclusa)

Si prega di compilare la presente scheda di iscrizione e inviarla via email all'indirizzo: info@medik.net allegando copia del pagamento effettuato tramite bonifico bancario intestato a Medi K srl, presso Intesa Sanpaolo **IBAN: IT70D0306912125100000001775**.

Sarà cura della Segreteria inviare conferma di avvenuta iscrizione ed i codici di accesso alla FAD.

Luogo e data _____

Firma _____

Segreteria e provider ECM:

MEDI K
www.medik.net