

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

Codice Fiscale.....

Via.....N.....

Cap.....Città.....Prov.....

Tel. Abitazione.....Tel. Cellulare.....

Tel. Ist / Osp / Univ.....Fax.....

E-mail (in stampatello).....

**Iscrizione**  Medici € 488,00 (IVA inclusa)  Ostetriche € 150,00 (IVA inclusa)

#### **Modalità di pagamento**

Bonifico n.....di €.....

Banca.....intestato a Metasardinia srls

**Bonifico bancario a favore della Metasardinia srls, su Banca Intesa San Paolo, coordinate bancarie IBAN IT12V030690485610000001196 (vedi programma)**

La **Metasardinia srls** interesterà la fattura a:

.....

Via.....N.....Cap.....

Città.....Prov.....

P. IVA (dato obbligatorio).....

Cod.Fiscale (dato obbligatorio).....

La cedola sarà ritenuta valida solo se accompagnata dall'importo dei servizi richiesti.

#### **Privacy**

Ai sensi del D.L. 196 del 30.06.2003, la Metasardinia srls in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati in suo possesso verranno utilizzati per finalità atte allo svolgimento delle attività commerciali, fiscali e legali definite dal programma del Corso. Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati.

Data.....Firma.....

#### **Da rispedire alla Segreteria Organizzativa:**

Metasardinia srls, via dell'Abbazia 33, 09129 Cagliari

Tel./Fax 070 3111464 e-mail: [segreteria@metasardinia.it](mailto:segreteria@metasardinia.it)