

2° CONGRESSO NAZIONALE S.I.A.R.E.D.

Verona 23 - 24 - 25 Settembre 2004

SCHEMA DI ISCRIZIONE

(Compilare in stampatello o dattiloscrittore)

DATI PERSONALI

Cognome	_____
Nome	_____
Luogo e data di nascita	_____
Codice Fiscale	_____
Indirizzo (privato)	_____ n. _____
Cap	_____ Città _____ Prov. _____
Tel ab.	_____ Fax _____ Cell _____
E-Mail	_____
Azienda Ospedaliera di appartenenza	_____

Accompagnatore Nome e Cognome	_____
----------------------------------	-------

QUOTA ISCRIZIONE

	Entro il 31 luglio 2004	Dopo il 31 luglio 2004
Soci AAROI	<input type="checkbox"/> € 200,00	<input type="checkbox"/> € 250,00
Specializzandi	<input type="checkbox"/> € 200,00	<input type="checkbox"/> € 250,00
Accompagnatori*	<input type="checkbox"/> € 200,00	<input type="checkbox"/> € 250,00
Soci SIARED	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 450,00
Non Soci	<input type="checkbox"/> € 450,00	<input type="checkbox"/> € 500,00
		Totale €

* Nella quota di iscrizione è compreso l'accesso alla Cerimonia inaugurale, alle due cene con spettacolo, alla colazione di lavoro, al servizio caffè e al tour per gli accompagnatori.

PAGAMENTO

La quota di iscrizione dovrà essere versata esclusivamente tramite bonifico bancario sul conto corrente n. 18940 intestato alla SIARED - CIN Q - ABI 01005 - CAB 03211 presso la Banca Nazionale del Lavoro Agenzia 11 - Via Marsala, 4/6 - 00185 Roma, con la causale obbligatoria - **S.I.A.R.E.D. Iscrizione Congresso Verona.**

La presente scheda, unitamente alla ricevuta del bonifico, dovrà essere inviata:
via posta a Segreteria Nazionale AAROI - Via XX Settembre 98/E - 00187 Roma
oppure **via fax** al seguente numero 06 47882016

Con l'invio del presente modulo autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675/96 sulla privacy. Le informazioni saranno utilizzate per trasmettere i dati dei partecipanti richiesti dal Ministero della Salute per il rilascio dei crediti ECM.

Data _____ Firma _____