

ECHO DOPPLER IN THE DIAGNOSIS OF CCSVI

SCHEDA DI ISCRIZIONE (da spedire alla Segreteria Organizzativa)

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
Città _____ Tel. _____
Qualifica _____
Ente di appartenenza _____
Indirizzo _____
Città _____
Tel. _____ Fax _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Cognome Nome/ Ente _____
Indirizzo _____
Città – CAP – Provincia _____
C.F./P.Iva _____

DATE 2010

8,9,10 LUGLIO

2,3,4 SETTEMBRE

16,17,18 DICEMBRE

MODALITÀ

Ogni Corso è riservato 15 medici. (Neurologi, Chirurghi Vascolari, Angiologi, Radiologi, Neuroradiologi), Le iscrizioni verranno accettate secondo l'ordine di arrivo.

La quota d'iscrizione è pari a € 1000,00 (mille) + Iva

Comprende partecipazione alle sessioni scientifiche, materiale didattico, colazioni di lavoro, , ECM

N.B. In caso di annullamento non è previsto alcun rimborso

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

la Segreteria Organizzativa ha riservato un contingente di camere nei pressi della congressuale a prezzi concordati. Per informazione info@mcrferrara.org

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Tramite assegno non trasferibile oppure bonifico bancario intestato Consorzio Ferrara Ricerche IT 13 I 03223 13000 000001326114 specificando come causale CORSO CCSVI

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

MCR, C.so Isonzo 53, 44121 Ferrara

Con l'invio della presente autorizzo Gastro-Care. a inserire i miei dati nell'elenco dei suoi clienti per l'invio di materiale informativo congressuale. E a consegnarli ad aziende farmaceutiche/elettromedicali.

In ogni momento, a norma dell'art. 13 legge 675/96, potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a: **Gastro-Care**. C.so Isonzo 53, 44121 Ferrara