

SCHEDA DI ISCRIZIONE

MASTER IN AFASIOLOGIA Settembre 2017 - Maggio 2018

Nome e Cognome _____
Via _____ N° _____ CAP _____
Città _____ (____) _____
Luogo di nascita* _____ Prov* _____ Data di nascita _____
Tel. _____ Email* _____
CF* _____ Professione sanitaria* _____
Disciplina* _____ Libero professionista* Dipendente* Privo di occupazione*

Desidero partecipare al/ai corso/i:

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA inclusa)

La quota di iscrizione è pari a € 1500 (IVA compresa) da versare in tre rate da € 500 ciascuna. La prima all'atto dell'iscrizione, la seconda, entro il 30/11/17 e la terza entro il 28/02/18.

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Il pagamento delle quote di iscrizione dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a:

NEED INSTITUTE

IBAN IT36H0326801602052251035580

Banca Sella – Succursale Via V. Monti, 33 - Milano (Causale: Master Afasiologia + Cognome)

DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome/Ente _____
Via _____ CAP _____ Città _____ (____)
Codice fiscale / P.IVA _____

CANCELLAZIONI E RIMBORSI

La cancellazione dell'iscrizione pervenuta per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il 23 agosto 2017 darà diritto ad un rimborso totale dell'importo versato. Dopo tale data non sarà più possibile farne richiesta. I rimborsi saranno effettuati solo al termine dei corsi.

È stato richiesto l'accreditamento di 50 crediti ECM-CPD - Regione Lombardia per l'anno 2017 e di 50 crediti ECM-CPD per il 2018 per le seguenti figure professionali: Medico Specialista in Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Logopedista, Psicologo. L'attestato sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione (80% di frequenza).

I campi evidenziati da * devono essere compilati obbligatoriamente al fine della attribuzione dei crediti ECM, come da regolamento Co.Ge.A.P.S.

La presente scheda di iscrizione è da rinviare compilata e firmata unitamente a copia della ricevuta di pagamento via fax al numero **02.48593312** o via email all' indirizzo: a.marturano@ccppdezza.it - c.luzzi@ccppdezza.it

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art.10 della legge n. 675/1996 e del DL n. 196/2003.

Data _____

FIRMA _____