

SCHEDA DI ISCRIZIONE
CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN FONIATRIA E LOGOPEDIA

I DISTURBI DELLA VOCE

Management Clinico e Riabilitativo

10-11-12 Marzo 2017

24-25-26 Marzo 2017

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*

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA inclusa)

La quota di iscrizione è pari a € 600 (IVA compresa) da versare in due rate da € 300 ciascuna. La prima entro il 30.01.2017, la seconda, entro il 28.02.17.

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: Voce + 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 **15 febbraio 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 del corso.

È stato richiesto l'accREDITAMENTO ECM-CPD - Regione Lombardia per le seguenti figure professionali: Medico Specialista in Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Logopedista. È previsto il riconoscimento di n. 50 crediti ECM. 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 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 _____