



**QUINTO CONVEGNO DI TRAUMATOLOGIA
CLINICA E FORENSE**

12° Corso di Ortopedia, Traumatologia
e Medicina Legale

**IL GINOCCHIO:
PATOLOGIA DEGENERATIVA E TRAUMATICA**
Dalla prevenzione alla riabilitazione e al contenzioso

Terme Zoja - Salsomaggiore Terme (PR), 7-8 Novembre 2014

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME.....

NOME.....

PROFESSIONE.....

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

DISCIPLINA

C.F.

INDIRIZZO PRIVATO N°

CITTÀ CAP PROV.

TEL. CELL.

ENTE DI APPARTENENZA.....

VIAN°

CITTÀ CAP PROV.

TEL. FAX

E-MAIL

SI PREGA DI INVIARE, VIA FAX (O E-MAIL) LA PRESENTE SCHEDA DEBITAMENTE COMPILATA IN STAMPATELLO ED ACCOMPAGNATA DA COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO A:

KEYWORD Europa - Via L. Mancini 3 - 20129 Milano
Fax 02.54124871 Tel. 02.54122513-79
E-mail: event@keywordeuropa.com

Keyword Europa, come richiesto dalla Commissione Nazionale ECM con determina 18 Gennaio 2011, Le ricorda che per ogni professionista sanitario il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto.

Nel rispetto delle norme sulla privacy, Keyword Europa La informa che il suo nominativo sarà trasmesso alla Commissione Nazionale ECM, per l'ottenimento dei crediti formativi.

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali, secondo il Decreto Legislativo 196 del 2003 (legge sulla privacy) relativamente a future informazioni di carattere istituzionale e formativo di Keyword Europa Srl.

Data Firma

QUOTE D' ISCRIZIONE

<input type="checkbox"/> MEDICI	€ 180 ,00 (I.V.A. INCLUSA)
<input type="checkbox"/> SPECIALIZZANDI	€ 60 ,00 (I.V.A. INCLUSA)
<input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTI, INFERMIERI	€ 90 ,00 (I.V.A. INCLUSA)
<input type="checkbox"/> TECNICI ORTOPEDICI	€ 90 ,00 (I.V.A. INCLUSA)
<input type="checkbox"/> AVVOCATI	€ 90 ,00 (I.V.A. INCLUSA)

LE ISCRIZIONI SARANNO ACCETTATE IN BASE ALL'ORDINE CRONOLOGICO DI ARRIVO E FINO AD ESAURIMENTO POSTI.

NESSUN RIMBORSO È PREVISTO PER L'ANNULLAMENTO DELL'ISCRIZIONE.

DESIDERO PAGARE MEDIANTE:

- BONIFICO BANCARIO (DI CUI INVIO COPIA ALLEGATA)
INTESTATO A: KEYWORD EUROPA S.R.L.
MONTE DEI PASCHI DI SIENA - AG. N. 6 MI
IBAN: IT 41 X 01030 01606 000000848025
- ASSEGNO N.
BANCA
INTESTATO ED INVIATO A: KEYWORD EUROPA SRL
VIA LODOVICO MANCINI, 3 - 20129 MILANO

INTESTARE LA FATTURA A:

.....
(RAGIONE SOCIALE O COGNOME E NOME)

.....
(INDIRIZZO SEDE LEGALE)

.....
(C.A.P.) (CITTÀ)

.....
(PROV.)

P.IVA

C.F.

Data Firma