

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Da compilare ed inviare a l.capriotti@fasiweb.com

Cognome _____

Nome _____

P.IVA _____

C.F. _____

Codice Univoco _____

Via _____

C.A.P. _____ Città _____

Tel.(fisso) _____ Tel.(cellulare) _____

E-mail _____

Iscrizioni

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Socio attivo (€380,00) e socio ordinario (€280,00)
in regola con la quota 2019 | gratuito |
| <input type="checkbox"/> Socio Partner (SIDP, ANDI, AIO, SIDOC, SIRIO,
BUIA, GIGLIO, FPG, AGISI, SIDO, AIOP, AIC) | € 240,00 |
| <input type="checkbox"/> Medico Odontoiatra | € 340,00 |
| <input type="checkbox"/> Igienista dentale | € 60,00 |
| <input type="checkbox"/> Studente | € 50,00 |

IL PAGAMENTO PUO' ESSERE EFFETTUATO CON BONIFICO BANCARIO

Banca: Deutsche Bank

IBAN: IT33K031045146000000821583

Non verranno prese in considerazione schede non accompagnate dal pagamento della quota di iscrizione

Data _____ **Firma per accettazione** _____