

VIRTUAL CONGRESS

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, Socio Ordinario e Socio FGP
in regola con la quota 2020 | gratuito |
| <input type="checkbox"/> Socio Partner (SIO,SIDOC,AIDOR,AMOMB,AMO Calabria) | € 70,00 |
| <input type="checkbox"/> Medico Odontoiatra | € 90,00 |
| <input type="checkbox"/> Igienista Dentale | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> Studente | € 40,00 |

IL PAGAMENTO PUO' ESSERE EFFETTUATO CON BONIFICO BANCARIO

Banca: Deutsche Bank

IBAN: IT33K0310451460000000821583

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

Data _____ Firma per accettazione _____