

Scheda Iscrizione

LA PRESA IN CARICO DEL PICCOLO PAZIENTE

7/8 APRILE - 21/22 APRILE - 12/13 MAGGIO 2018

Cognome e Nome

Data di nascita.....

Indirizzo/Cap/ Città

Email.....

Telefono.....

Cod. Fiscale.....

Partita IVA.....

Il sottoscritto accetta integralmente il contenuto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003, esprime il proprio consenso per il trattamento dei dati che lo riguardano per le sue finalità istituzionali connesse o strumentali nei limiti dell'informativa acquisita.

Data e firma.....

Modalità di pagamento

- **€ 300 iva esclusa**

Il Saldo pari a **€ 366,00** dovrà avvenire entro il 20 marzo a mezzo bonifico bancario intestato a:

MFT

IT42G0311103417000000020659