

Scheda Iscrizione

UTILIZZO DEL TABLET A SUPPORTO DELLA TERAPIA LOGOPEDICA IN ETA' EVOLUTIVA: ESPERIENZE CLINICHE "Napoli 15 SETTEMBRE 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

- € 125,00 Iva esclusa con 10 CREDITI ECM
- € 100,00 Iva esclusa Soci SIFEL e Uditoti

IBAN:

MFT srl

IT42G0311103417000000020659

