

MODULO D'ISCRIZIONE AL CORSO

Si prega di compilare il modulo in ogni sua parte in stampatello leggibile

NOME E COGNOME.....

INDIRIZZO FISCALE.....

P. IVA.....

TEL/CELL.....

E-MAIL.....

Segreteria organizzativa: Signor Silvio piperno 328 6398449

Le iscrizioni saranno accolte limitatamente al numero di posti disponibili in base alla data di iscrizione. La scheda, debitamente compilata deve essere restituita alla segreteria di ICAL MED almeno 15 gg prima dell'inizio dell'evento

QUOTA DI PARTECIPAZIONE Euro 330 IVA esclusa

FIRMA.....

Ai sensi della Legge 675 / 96 acconsento al trattamento dei miei dati personali



ICAL MED srl Via Ferrante Aporti, 13/6 56028 San Miniato (PI)

TEL 0571.419761 www.icalmed.it

**ICAL
MED**
CENTRO
RADIOLOGICO
ODONTOIATRICO



Venerdì 3 Maggio 2013

“TAC Volumetrica 3D”

Corso teorico pratico

Relatore

Dott. Biagio Di Dino