



PRIMA GIORNATA TOSCANA DELLA RICERCA IN RIABILITAZIONE

4 maggio 2018

**CLINICA RIABILITAZIONE TOSCANA
Ospedale Santa Maria alla Gruccia, Montevarchi (AR)**



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare e spedire, preferibilmente entro il **27 Aprile 2018** a:

F.I.M.O. Srl Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze - Fax 055 683355 E-mail: congressi@fimo.biz

NOME _____ COGNOME _____

PROFESSIONE _____

ENTE _____

Indirizzo al quale si desidera essere contattati:

VIA _____ Nr. _____

CITTÀ _____ PROV _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____

Intestazione Fattura _____

C.F. _____ P.IVA _____

QUOTE DI ISCRIZIONE CONGRESSO (inclusa IVA 22%)

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Soci SIMFER/SIRN/SINP | gratuito |
| <input type="checkbox"/> NON Soci Medici/Psicologi | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapisti/ Logopedisti/ Podologi | € 30,00 |
| <input type="checkbox"/> Tecnici Ortopedici/ Infermieri | € 30,00 |

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Pagamento effettuato a mezzo assegno bancario allegato intestato a F.I.M.O. Srl
 Pagamento effettuato a mezzo bonifico bancario intestato a F.I.M.O. Srl - Cassa di Risparmio di San Miniato

IT 06 S 06300 02806 CC1770201177 (allegare ricevuta)

- Pagamento a mezzo di carta di credito VISA MASTERCARD

N°

Codice di Sicurezza (si trova sul retro della carta)

Indicare soltanto le ultime 3 cifre

Intestata a _____ Scadenza _____

Firma _____ Data _____

Garanzia di riservatezza: I dati personali che La riguardano vengono elaborati nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/03 e succ. modifiche sulla tutela della privacy. Questi dati vengono utilizzati da F.I.M.O. Srl soltanto per aggiornarLa sulle manifestazioni e sulle iniziative scientifiche di Suo interesse e non vengono, per nessun motivo, comunicati o diffusi a terzi. Lei potrà in qualsiasi momento comunicarne a F.I.M.O. Srl la modifica o la cancellazione. Qualora Lei non desiderasse ricevere comunicazioni, La preghiamo barrare la casella a lato.

Firma _____

