



# Formazione clinica in Medicina Tradizionale Cinese per le professioni sanitarie

Studio Polispecialistico Saudelli, Bologna  
21 Settembre-5 Ottobre-9 Novembre-14 Dicembre 2014  
18 Gennaio-8 Febbraio 2015

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

Compilare e spedire, preferibilmente entro il 15 Settembre 2014 a :  
F.I.M.O. Srl - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze  
Tel. 055 6800389 - Fax. 055 683355 E-mail: info@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 \_\_\_\_\_

### QUOTA DI ISCRIZIONE (inclusa IVA 22%)

Iscrizione Corso € 366,00

### 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  
GRUPPO BANCO POPOLARE - C/C:00000169466-ABI: 05034-CAB: 02806  
IBAN: IT74Q0503402806000000169466 CIN: Q (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 \_\_\_\_\_