

# FORUM PER LA MEDICINA ANTROPOSOFICA



**SIMA** Società Italiana di  
Medicina Antroposofica

## PEDIATRIA E MEDICINA FAMILIARE

8-9-10 FEBBRAIO 2019

MILANO

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare e spedire, preferibilmente entro il **31 gennaio 2019** a:  
F.I.M.O. Srl - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze  
Tel. 055 6800389 - Fax 055 683355 E-mail: [info@fimo.biz](mailto: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 \_\_\_\_\_

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

Tutte le professioni € 150,00     Studenti € 80,00

#### 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

**Unicredit - Filiale Firenze Viale Europa**

**IBAN IT97E0200802832000400003356** (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 \_\_\_\_\_

I dati che La riguardano verranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal Codice della Privacy e verranno utilizzati da F.I.M.O. srl soltanto per aggiornarLa sulle manifestazioni/iniziative scientifiche di Suo interesse e non verranno per nessun motivo diffusi a terzi. Lei potrà in qualsiasi momento comunicare a F.I.M.O. srl la modifica o la cancellazione come dettagliato sull'informativa della Privacy presente sul sito [www.fimo.biz](http://www.fimo.biz)

Firma \_\_\_\_\_