

Il Corso Nazionale La gestione multidisciplinare e multiprofessionale del paziente OSAS in età adulta 22-24 Gennaio 2018 - Milano (ADI Doria Grand Hotel)

Scheda Iscrizione

Inviare la presente con copia del bonifico o assegno a:
segreteria@samacongressi.it oppure al Fax: 090.6811318

Dati Personali

Cognome e Nome.....
Professione.....Disciplina.....
Indirizzo.....
Città.....Prov.....C.A.P.....
Cellulare.....E-mail.....

Dettagli Iscrizione

Barrare	Descrizioni	Costo
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Medico	€ 1.300,00
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Medico - Socio SIP/IRS (Società Italiana di Pneumologia)	€ 1.100,00
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Odontoiatra	€ 500,00
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Odontoiatra - Socio SIMSO (Società Italiana Medicina del Sonno Odontoiatrica)	€ 400,00
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia	€ 400,00
<input type="checkbox"/>	Quota iscrizione Tecnico di Neurofisiopatologia - Socio AITN (<i>Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia</i>)	€ 250,00
<input type="checkbox"/>	Pernottamento c/o ADI Doria Grand Hotel Camera DUS trattamento BB IN 22/01- OUT 24/01	€ 260,00
TOTALE		

L'iscrizione comprende:

- Partecipazione al corso RES, kit congressuale, attestato ECM, n. 4 coffee breaks, n. 2 light lunches, n. 2 cene
- Per i medici certificato di **“Medico esperto nella gestione del soggetto OSAS”**
- Per gli odontoiatri e tecnici di neurofisiopatologia **“Attestato di Alta formazione sull'OSAS”**

Modalità di Pagamento

Bonifico bancario intestato a: SA.MA. Service & Congress IBAN: IT 36H0306916503100000000861 Casuale: Iscrizione OSAS Milano + “Nome Cognome”
--

Fatturazione

Intestazione.....
Indirizzo.....
Città.....Prov.....C.A.P.....
Telefono.....E-mail.....
Codice Fiscale/P.IVA.....

Data _____

Firma _____

* Legge 675/96, art. 11 sulla tutela dei dati personali:

ai sensi della legge suindicata, il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione di comunicazioni a carattere informativo e organizzativo. Il sottoscritto potrà in ogni momento esercitare i propri diritti, come dell'art. 13, ed opporsi al trattamento dei propri dati custoditi presso la sede della ditta SA.MA. Service & Congress.

Data _____

Firma _____