

Si prega di compilare in **STAMPATELLO** la presente scheda ed inviarla **entro il 26 Ottobre 2015** tramite fax o e-mail alla:
Segreteria Organizzativa SIE - Via Pietro Custodi, 3 - 20136 Milano
 Tel.: 02 8376799 - Fax: 02 89424876 - E-mail: segreteria.sie@me.com

VENERDÌ 6 NOVEMBRE

Palazzo Isolani

Via Santo Stefano, 16 - 40125 Bologna

È gradita la pre-iscrizione visto il limitato numero di posti a sedere.

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Iscr. Albo Medici-Odont. N° _____ Data _____ Sede _____

Tel Studio _____ Cellulare _____

Fax _____ E-mail _____

Intestazione Fattura _____

Via _____ N. _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____ Regione _____

C.F.* _____ P.IVA* _____

*C.F. e P.IVA sono campi da compilare obbligatoriamente

QUOTA DI PARTECIPAZIONE (IVA inclusa): € 80,00 cad.

Numero partecipanti _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO (Barrare il metodo prescelto)

BONIFICO BANCARIO DI EURO _____ (Indicare nella causale Nome e Cognome del partecipante)

Intestato a: **SIE** presso **Deutsche Bank - Agenzia F di Milano** - IBAN **IT90Z031040160600000161061**

CARTA DI CREDITO **VISA** **Mastercard** **American Express**

Intestata a _____

N° carta _____

Scad. _____ Codice CVV (obbligatorio) _____ Data _____

ON LINE (compilando l'apposito modulo sul sito www.endodonzia.it)

N.B. La Segreteria Organizzativa SIE accetterà solo schede di iscrizione con pagamento allegato. Pre-iscrizioni telefoniche non sono accettate. È possibile avere il rimborso della quota versata solo se la disdetta scritta perverrà alla segreteria entro e non oltre 15 giorni prima dello svolgimento della cena.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 196/2003

Data _____ Firma per accettazione _____