

Il presente tagliando vale solo come prenotazione. L'iscrizione al corso verrà confermata dalla segreteria dopo il riscontro del versamento della quota a mezzo bonifico bancario. L'ordine di arrivo del bonifico e non della presente vale come priorità d'accesso.

NOME _____ COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

INDIRIZZO COMPLETO (via, numero civico, cap, provincia) _____

NUMERO TELEFONICO _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

CF e/o PARTITA IVA _____

PROFESSIONE _____

ISCRIZIONE AL CORSO "Il DSM-5 in età evolutiva: inquadramento diagnostico tramite la K-SADS"
23-24 Marzo 2019

250,00€

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003

DATA

FIRMA

Da allegare al presente modulo la ricevuta del versamento effettuato tramite bonifico bancario intestato a Istituto Rete S.R.L.S. , IBAN: IT64S0200805037000104661337, filiale UniCredit S.p.A. Roma con causale "Iscrizione KSADS" seguita dal nome del corso e dal Suo nome e cognome.