

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da trasmettere all'indirizzo di posta elettronica della Segreteria: eventi@mjeventi.eu

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

(obbligatorio ai sensi del Decreto Legge Bersani 248/06)

Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____

Codice Univoco (in assenza inserire mail PEC) _____

Il percorso formativo è rivolto al Team di Studio Odontoiatrico.

Quota di partecipazione: € 1.800 + IVA = € 2.196. Comprende la partecipazione di **3 persone del Team.**

Saranno accolte le prime 12 richieste da parte di Team di Studio Odontoiatrico.

È richiesto un acconto all'atto dell'iscrizione; il restante importo potrà essere versato prima della data di svolgimento del 2° incontro.

I materiali monouso e consumabili, lo strumentario chirurgico per le esercitazioni pratiche e l'attività clinica saranno garantiti dall'organizzazione.

Sarà cura del Corsista provvedere alla macchina fotografica e al computer portatile per la documentazione dei casi clinici e all'eventuale sistema di ingrandimenti per le esercitazioni pratiche.

Iscrizione al Corso Team di Studio Odontoiatrico anche i seguenti professionisti del:

1. Cognome _____ Nome _____

qualifica professionale _____ E-mail: _____

2. Cognome _____ Nome _____

qualifica professionale _____ E-mail: _____

3. Cognome _____ Nome _____

qualifica professionale _____ E-mail: _____

