

Odontoiatria & Disabilità

Udine, 18 settembre 2010

Auditorium Palazzo della Regione

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

Città _____

CAP _____ Provincia _____

Professione:

Medico Odontoiatra Igienista dentale Infermiere Altro

Disciplina _____

Ente di appartenenza: Pubblico Privato

Nome ente _____

Indirizzo ente _____

Recapito telefonico _____ / _____

Fax _____ / _____

Tel. Cellulare _____ / _____

E-mail _____

Data _____ Firma _____

I dati personali richiesti sono necessari ai fini della corretta ed efficace gestione delle procedure per l'iscrizione. I dati personali forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ed in qualsiasi momento potranno essere esercitati i diritti ivi riconosciuti. I dati personali forniti saranno inseriti in un database gestito da Key Congressi Srl. Titolare del trattamento dei dati è il Legale Rappresentante. I dati personali forniti, oltre che per questo Evento, potranno essere utilizzati da Key Congressi Srl per l'invio di materiale informativo su altri Eventi medico-scientifici, ma non verranno trasmessi a terzi.

Inviare scheda di pre-iscrizione ed eventuale copia del bonifico a Key Congressi (fax n. 040 660353 oppure e-mail: info@keycongressi.it)

Desidero iscrivermi alla SIOH in qualità di:

- Socio Ordinario € 80,00** (laureati in possesso del titolo accademico legalmente riconosciuto per l'esercizio della professione odontoiatrica)
- Socio Affiliato € 40,00** (altre lauree, associazioni, genitori, sostenitori, ecc...)

L'importo dovrà essere versato a mezzo bonifico bancario su:

Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia – c/c intestato a Key Congressi

codice IBAN: IT93 Y063 4002 2070 7400 0021 07E

causale: Quota associativa SIOH – Anno 2011

La ricevuta verrà rilasciata in sede di Convegno.

Necessito di sistemazione alberghiera:

	<i>camera doppia uso singola</i>	<i>camera doppia</i>
Hotel Friuli	<input type="checkbox"/> € 80,00	<input type="checkbox"/> € 114,00
<small>Viale Ledra, 24</small>		
	<i>camera doppia uso singola</i>	<i>camera doppia</i>
Hotel San Giorgio	<input type="checkbox"/> € 88,00	<input type="checkbox"/> € 126,00
<small>Piazzale Cella, 2</small>		

Data di arrivo _____ settembre.

Data di partenza _____ settembre.

I prezzi si intendono per camera a notte, con servizio di pernottamento e prima colazione.

Le richiediamo i dati della Sua carta di credito a garanzia della prenotazione. Il costo dell'hotel sarà caricato solo in caso di mancato arrivo. Il pagamento per i servizi selezionati verrà da Lei effettuato direttamente all'hotel al momento del check-out.

N. carta di credito

Data di scadenza /

Nome del titolare _____