Corso di Aggiornamento AOOI

Microchirurgia della sordità: Tecniche chirurgiche di base, Impianti

Pisa, 9 - 13 Marzo 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE E DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Scheda di Iscrizione da restituire alla Segreteria Organizzativa entro il 23 Febbraio 2009:

MCR SERVICE snc Events & Communication
Piazza Mascagni, 87 - Firenze 50127 - Tel 055 4364475 Fax 055 4222505 - e-mail congressi@mcrservice.it www.mcrservice.it

Si prega di compilare la scheda in ogni sua parte. La compilazione dei campi segnati con un asterisco* è obbligatoria

Nome* _____

Cognome* _____

Cod. Fiscale* _____

Luogo e data di nascita* _____

Professione* _____

Disciplina* _____

Indirizzo* _____

Cap* _____ Città (Prov)* _____

Tel.* _____ Fax* _____ e-mail* _____

Ente _____ Indirizzo _____

Cap _____ Città (Prov) _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

ISCRIZIONE

Il Corso, è rivolto a medici, specialisti o specializzandi in otorinolaringoiatria od in audiologia, le iscrizioni sono a numero chiuso e riservate alle prime 25 domande che perverranno alla Segreteria Organizzativa.

☐ Quota di partecipazione completa € 900,00 (IVA compresa)

La quota comprende:

- Partecipazione all'evento
- kit congressuale
- N. 1 cena sociale
- Coffee breaks
- Colazioni di lavoro,
- Attestato di partecipazione
- Attestato ECM (agli aventi diritto)

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

La segreteria Organizzativa ha riservato per i partecipanti al Corso un contingente di camere e strutture alberghiere di diverse categorie alle seguenti tariffe basate su un pacchetto di 4 notti: Arrivo 09/03/2009 - Partenza 13/03/2009

Tipologia	****	***
Camera doppia uso singola	☐ da € 110,00 a € 140,00	☐ da € 80,00 a € 110,00

Fee di agenzia: € 20,00 a camera
I prezzi si intendono a camera, a notte e sono inclusivi di prima colazione e tasse.

A seguito della ricezione della scheda, la MCR SERVICE invierà un'offerta indicando il nome dell'Hotel, l'importo del saldo e le modalità di pagamento per riconfermare la prenotazione.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario
Cassa di Risparmio di Firenze AG. 32 Fi C/C 2813 IBAN IT 57Z0616002838000002813C00
Intestato a MCR SERVICE s. n. c. Events & Communication (specificare la causale del versamento)

DATI PER LA FATTURAZIONE

INTESTARE FATTURA A:

Nome/Rag. sociale _____

Via _____ N. _____

Città _____ Prov. _____

Cod. Fisc/Iva _____

INVIARE FATTURA A:

(noncompilaresel'indirizzoèlostessodell'intestatario)

Nome/Rag. sociale _____

Via _____ N. _____

Città _____ Prov. _____

L'interessato al trattamento dei dati dichiara di aver avuto piena conoscenza dell'informativa resa disponibile mediante il sito www.mcrservice.it e ☐ acconsente ☐ non acconsente al trattamento dei dati personali per l'effettuazione di analisi statistiche o la rilevazione del grado di soddisfazione della clientela; ☐ acconsente non acconsente al trattamento dei propri dati personali per l'invio di comunicazioni commerciali anche elettroniche relative a nuove iniziative curate da mcr service snc

Data _____ Firma _____