

2° Congresso Internazionale
Distrofia dei cingoli da deficit di Calpaina 3 - Il paziente, la malattia, la cura

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome* _____ Nome* _____

Codice fiscale* _____ Data e luogo nascita* _____

Via* _____ CAP* _____ Città* _____ Prov.* _____

Cell. _____ E-mail* _____

Qualifica Prof.* _____ Specializzazione _____

Intestazione fattura _____

P. IVA _____ Codice SDI _____

PEC _____ Indirizzo fatturazione _____

- Allego ricevuta del versamento di € 80 Allego ricevuta del versamento di € 20 (2° familiare o accompagnatore)
 Non allego ricevuta del versamento in quanto paziente o familiare

Posizione lavorativa* Libero professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

* dati da compilare obbligatoriamente

La informiamo che i dati personali da lei forniti saranno trattati per le finalità e nelle modalità descritte nell'informativa disponibile sul sito www.lanostrafamiglia.it/chisiamo, che lei dichiara di conoscere

Data _____ Firma _____