



SCHEDA DI ISCRIZIONE

MEDICINA COMPLEMENTARE E SALUTE ORALE

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____

Cell. _____

E-mail _____

C.F. (obbligatorio) _____

P.IVA (obbligatoria se esistente) _____

IGIENISTA

STUDENTE

MEDICO

ODONTOIATRA

QUOTA DI ISCRIZIONE (iva inclusa):

Socio AIDI e studenti gratuito

Non Socio AIDI € .40,00
(allegare copia bonifico)

Il corso è accreditato ECM (4 crediti)

INVIARE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE PER FAX: 0432 672671
oppure per MAIL a: aidifriul@libero.it (cel. 328 3136834)

ESTREMI PER IL PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario:

Banca Sella Agenzia 4B BARI

IBAN: IT 10B 03268 04000 053847864740

Intestazione: ASSOCIAZIONE IGIENISTI DENTALI ITALIANI

IMPORTANTE: Indicare nella causale il nome e cognome del partecipante,
la sede e la data (Palmanova - 25 Marzo 2017)