



ROSEPHARMA



MILANO
23 Novembre
2024

Gyplast
Medical Institute
Viale Luigi Majno 18

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Zhoabex G
IL Filler Genitale

da compilare in stampatello in ogni sua parte ed inviare via e-mail a:

SWING'APOLOGY S.a.s.

Segreteria Organizzativa e Provider ECM - Sig.ra Antonella Perasole

Via Immacolata, 25 - 80055 Portici (NA) - Tel. 081.480693 - Cell. 3272923106

E-mail : antonella.perasole@swingapology.com

DATI PER L'ISCRIZIONE

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Località _____ Prov. _____

Tel _____ Fax _____ Mobile _____

e-mail _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestatario _____

P. IVA e Cod. Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____ Stato _____

Indirizzo e-mail _____

Indirizzo pec _____

Codice Destinatario per l'invio di fattura elettronica _____

Nota: GDPR (General Data Protection Regulation) Regulation EU 2016/679

Ai sensi della normativa vigente sulla tutela dei dati personali acconsento a che i dati da me forniti siano immessi nel database della segreteria congressuale ed utilizzati solo per ricevere informazioni e comunicazioni inerenti alle attività promosse dalla suddetta società.

Barrare la casella solo se non si desidera dare il consenso

Data _____

Firma _____

QUOTA D'ISCRIZIONE:

€ 400,00 + IVA

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO a favore di Swing'Apology S.a.s.

presso Deutsche Bank - filiale di Portici (NA) IBAN: IT56K03104440090000000820861 – BIC: DEUTITM1509

(allegare la copia della distinta)

Data _____

Firma _____
