SALUS INTERNAZIONALE ECM S.r.l

12° HI – TECH MEDICAL ACADEMY – Medicina Estetica & Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Rigenerativa ed Estetica Hi- Tech

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME		**NOME**	
INDIRIZZO			**CITTA'**
CAP	**PROV**	**TELEFONO**	**CELLULARE**
E-MAIL		**PEC**	
P. IVA		**CODICE FISCALE**	
CIDICE UNIVOCO		**PROFESSIONE**	

Chiede l'iscrizione al Corso e versa la quota di iscrizione di:

☐	**€ 2.000,00 iva inclusa**	Per tutti i 4 moduli 50 CREDITI ECM
☐	**€ 1.800,00 iva inclusa**	Per tutti i 4 moduli 50 CREDITI ECM riservata ai soci AMIHITECH, (Quota iscrizione annuale 50 euro) soci SICPRE-AICPE-SIME
☐	**€ 600,00 iva inclusa**	**singolo modulo** **☐ 1° corso 9/11 FEBBRAIO 2023** **☐ 2° corso 23/25 MARZO 2023** **☐ 3° corso13/15 APRILE2023** **☐ 4° corso 8/10 GIUGNO 2023**

L'iscrizione al corso prevede: *Kit del corso; partecipazione ai lavori scientifici per le giornate di giovedì, venerdì e sabato di ogni sessione; attestato di partecipazione, partecipazione al programma di formazione ECM, coffee break, cena di gala fine corso*

Modalità di pagamento: Bonifico Bancario intestato a: **HI TECH MEDICAL S.R.L.**
IBAN IT89T0887103000000000003139 - SWIFT ICRAITRRO70 - Banca di Cred. Coop. Spello Bettona – Ag. Di Perugia

N.B.: INVIARE CONTABILE BANCARIA IN ACCOMPAGNAMENTO ALLA PRESENTE DOMANDA all'indirizzo e-mail annaremigi@clinicalaser.it

Data _____ **Firma** _____

Per il D. Lgs. 196/2003, i dati forniti saranno utilizzati per l'invio di moduli associativi, congressuali e per aggiornare la banca dati della **SALUS INTERNAZIONALE ECM SRL**. Ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 196/2003, il firmatario ha il diritto di essere informato sull'origine dei dati, sulle modalità e le finalità del trattamento, sul soggetto a cui i dati possono essere comunicati, nonché il diritto di rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati. Tali diritti possono essere esercitati inviando una comunicazione a: salus@editricesalus.it

Se non si desidera dare il consenso all'aggiornamento della banca dati, barrare la casella qui a lato ☐

Per accettazione

data _____ Firma _____