

# LA MAXI-EMERGENZA PEDIATRICA TRAUMATOLOGICA

Milano, 3 marzo 2017

Da restituire compilata a:  
**Achelois - Professional Congress Organiser**  
Via Olgettina 58 - 20132 Milano  
Fax 02 2643 3754 - e-mail: info@achelois.eu

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Istituto \_\_\_\_\_

Indirizzo Istituto \_\_\_\_\_

Cap Istituto \_\_\_\_\_ Città Istituto \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

## Dati per la fatturazione (obbligatori)

Intestazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA (se in possesso) \_\_\_\_\_

Le Aziende ospedaliere dovranno inviare, unitamente alla scheda d'iscrizione e al pagamento della quota, la dichiarazione di esenzione IVA. Nessun rimborso dell'IVA sarà effettuato a posteriori.

## Iscrizioni

**Entro il 20 febbraio 2017** € 40,00 (IVA inclusa)

**Dopo il 20 febbraio 2017 e on-site** € 50,00 (IVA inclusa)

**1. BONIFICO BANCARIO** intestato a: **Achelois Srl**

Banca Popolare di Bergamo

1860 Sede di Vimercate

IBAN: **IT16 H054 2834 0700 0000 0008 472** BIC/swift: **BLOPIT22**

**2. CARTA DI CREDITO**                      MASTERCARD       VISA

Nome del Titolare \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Numero carta \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Codice sicurezza (tre cifre) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo \_\_\_\_\_

Autorizzo Achelois Srl ad inserire i miei dati sopra riportati nelle proprie liste per invio di materiale informativo, pubblicitario o promozionale. In ogni momento a norma dell'art. 13 Dlgs 196/2003 potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica, la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo per altre occasioni.

Firma \_\_\_\_\_