

CORSO PRATICO
DI CHIRURGIA
ODONTOIATRICA
AVANZATA

SEDE UNIVERSITE' de NICE (France) 28-29-30 APRILE 2005

Scheda d'iscrizione

Compilare e inviare via fax al n. 011/43.41.579

o spedire a dr. Sebastiano Rosa

Via Drovetti,7

10138 Torino

e-mail drsrosa@tin.it

COGNOME E NOME.....

Indirizzo

CAP e Città

Tel e Fax

E-Mail

Dati Fiscali per fatturazione

Ragione Sociale

Indirizzo

Codice Fiscale Partita IVA.....

Consenso di trattamento dei dati personali generali

Si autorizza l'utilizzo dei dati riportati ai sensi della Legge 675/96

• SI'

• NO

Data.....

Firma.....

Prenotazione alberghiera

• Camera doppia

• Camera singola

Eventuali accompagnatori

Acconto €250 versato a mezzo: assegno n°..... inviato per posta in data.....

Firma.....