

Scheda Iscrizione anno 2014

Cognome e Nome del Medico _____

Data e luogo nascita _____ C.F. _____

Residenza del Medico _____

Numero di Iscrizione all'Albo _____

SEDE OPERATIVA

Nome del Centro _____

Indirizzo del Centro _____

Recapiti telefonici e Fax del Centro _____

E-mail del Centro _____

E-mail personale del Medico _____

Recapito personale del Medico(Cellulare) _____

Quota Iscrizione annuale 2014 Euro 300.00

Da restituire via fax al n° 0755001251 o a info@lesc.it

DATI PER FATTURAZIONE

Intestazione _____

Indirizzo _____

C.A.P. e Città _____

Codice fiscale _____

Partita Iva _____

Firma per accettazione