

# 2° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE

## Palazzo del Bo - Università di Padova

### 21-22 Ottobre, 2010

**SCHEDA DI ISCRIZIONE (n. 1 partecipante/specializzando/studente/infermiere per scheda)**

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Qualifica e luogo di lavoro (recapito completo):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Via:** \_\_\_\_\_

**CAP:** \_\_\_\_\_ **Città:** \_\_\_\_\_ **Provincia:** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

	N. 1 PARTECIPANTE/SPECIALIZZANDO/ INFERMIERE/ STUDENTE PER SCHEDA	QUOTE DI ISCRIZIONE		N. PERSONE	TOTALE
		Entro il 15 Settembre 2010	Dopo il 15 Settembre 2010 e al congresso		
<input type="checkbox"/>	PARTECIPANTE	€ 170,00 (IVA 20% inclusa)	€ 200,00 (IVA 20% inclusa)	1	€
<input type="checkbox"/>	SPECIALIZZANDO	€ 90,00 (IVA 20% inclusa)	€ 120,00 (IVA 20% inclusa)	1	€
<input type="checkbox"/>	INFERMIERE	€ 90,00 (IVA 20% inclusa)	€ 120,00 (IVA 20% inclusa)	1	€
<input type="checkbox"/>	STUDENTE *	Gratuito	Gratuito	1	-

\* Si prega di allegare la dichiarazione ufficiale del capo di Istituto o la copia del libretto universitario

**Si richiede di inviare la presente scheda debitamente compilata e accompagnata dal relativo pagamento a:**

**GENDER 2010 - CONGRESSO**  
**FONDAZIONE GIOVANNI LORENZINI**  
**MEDICAL SCIENCE FOUNDATION**  
**Via A. Appiani, 7 20121 MILANO**  
**Tel: 02/29006267 - Fax: 02/29007018**  
**E-mail: info@gendermedicine.org**

**Il pagamento è stato effettuato mediante:**

• **Assegno bancario non trasferibile n.:** \_\_\_\_\_

**della Banca:** \_\_\_\_\_

**Intestato a: FONDAZIONE GIOVANNI LORENZINI MEDICAL SCIENCE FOUNDATION**

• **Carta di credito:**

American Express

CartaSi

MasterCard

Visa

**Carta N.:** \_\_\_\_\_ **Data di scadenza:** \_\_\_\_\_

**Security Code della carta di credito:** \_\_\_\_\_

(ultime 3 cifre indicate nel retro della carta di credito)

**Nome del possessore della carta (come evidenziato sulla carta):** \_\_\_\_\_

**Data di nascita del possessore della carta:** \_\_\_\_\_

**Firma del possessore della carta:** \_\_\_\_\_

**Totale da addebitare: €** \_\_\_\_\_

• **Bonifico bancario intestato a:**

**FONDAZIONE GIOVANNI LORENZINI MEDICAL SCIENCE FOUNDATION**

**c/o Unicredit Banca ABI: 02008 CAB: 01621 CIN: W**

**IBAN: IT11W0200801621000005500238**

**SWIFT: UNCRITB1221**

**Si prega di indicare il riferimento GENDER 2010 - CONGRESSO, cognome e nome.**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**Partita IVA :** \_\_\_\_\_

**Nome e indirizzo corrispondente al n. di partita IVA:** \_\_\_\_\_

**Informativa sulla tutela della privacy (D. Lgs 196 del 30 Giugno 2003)**

II/ La sottoscritto/a  **Dà il consenso**  **Nega il consenso**

**Affinché la Fondazione Giovanni Lorenzini proceda, in esclusiva, al trattamento dei propri dati personali come risultanti dalla presente informativa.**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_