

*Corso interattivo su*  
**MALATTIE CARDIOVASCOLARI:  
SPECIFICITÀ DI GENERE**

**Palazzo del Bo - Università di Padova**

**23 Ottobre, 2010**

*Il Corso post congresso è a numero limitato di partecipanti (max 50) ed è indirizzato a medici.*

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Quote di iscrizione (entro il 15/9/2010)**

**N°1 partecipante/specializzando per scheda**

**PARTECIPANTE**

**€ 110,00 (IVA 20% inclusa)**

**SPECIALIZZANDO\***

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

**Si richiede di inviare la presente scheda entro e non oltre il 15 Settembre 2010, debitamente compilata e accompagnata dal relativo pagamento a:**

**GENDER 2010 - CORSO POST 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 - CORSO POST 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)**

Il/ 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:** \_\_\_\_\_