

MODULO DI ISCRIZIONE

Cognome	
Nome	
Istituto	
Indirizzo	
Città	
C.A.P.	
Telefono	
Fax	
e-mail	
Accompagnatore/i	

PAGAMENTO

LA FATTURA DOVRÀ ESSERE COSÌ INTESATA:

NOME: _____ COGNOME: _____ DITTA: _____

INDIRIZZO: _____ C.F. o P.I. _____

☐ ASSEGNO

EURO

Intestare a: **Tecniche Biomediche s.r.l.**

Inviare per posta a: **Tecniche Biomediche s.r.l. - Viale di Porta Tiburtina, 36 - 00185 Roma**

La Segreteria Organizzativa non è responsabile per eventuali disguidi postali

☐ BONIFICO BANCARIO

EURO

Pagabile a:

Tecniche Biomediche s.r.l.

Numero di conto 27562/4

Banco di Sardegna - Via Boncompagni, 6 - 00187 Roma - ABI 1015 - CAB 03200

☐ CARTA DI CREDITO

EURO

☐ Visa

☐ American Express

☐ Master Card

intestata a: _____

numero di carta _____ scadenza _____

firma _____ data _____