

ULTRASOUND IN DEEP ENDOMETRIOSIS

Roma 24 Aprile 2010

SCHEDA DI REGISTRAZIONE

Si prega di compilare ed inviare, fax o e-mail a:
SEGRETERIA DOTT.ssa CHIARA CALACE
tel.: +39-06-30155131 fax: +39-06-233231366
e.mail: info@deependometriosis.com

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo postale _____

Citta` _____ Provincia _____

Paese _____ CAP _____

Telefono () _____ E-mail _____

CodiceFiscale _____

Registrazione (prezzi in Euro, IVA inclusa):

Costo: 100 €. La registrazione include la partecipazione alle sessioni scientifiche, alla colazione di lavoro. All'arrivo le verra` consegnato il materiale congressuale ed il certificato di partecipazione.

Metodo di Pagamento

 Pagamento on site

 Bonifico bancario a:
UNICREDIT BANCA DI ROMA
AGENZIA 60
IBAN : IT84 X 03002 03360 000400266512

PER I BONIFICI DALL'ESTERO: CODICE BIC SWIFT : BROMITR 1060

La preghiamo di inserire come riferimento Ultrasound in Deep Endometriosis e di allegare una copia del trasferimento bancario