

# 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**