

DATI PARTECIPANTE

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cel. _____

E-mail _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale _____

Indirizzo fiscale _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____

Mi iscrivo al 20° Congresso Annuale AIC in qualità di:

- Socio AIC (in regola per l'anno 2018) GRATUITO
- Odontotecnico € 150,00

Mi iscrivo al Corso Pre-congressuale di giovedì 10 maggio:

- Sì € 100,00 gratuito per Odontotecnici
- No

IMPORTANTE: se l'iscrizione al Congresso viene effettuata entro il 16 marzo, sarà possibile partecipare al Corso Pre-congressuale a titolo gratuito. Dopo tale data, la partecipazione al corso avrà un costo di € 100,00 (IVA inclusa).

Mi iscrivo alle seguenti Attività Sociali:

- Camminata* 11 maggio – ore 07:00
- Corsa* 11 maggio – ore 07:00
- Social Party** 11 maggio – ore 20:30 € 45,00 n. persone _____

**Camminata e Corsa si svolgono contemporaneamente: pertanto è possibile iscriversi a una sola delle due attività*

***Si prega di indicare eventuali allergie o intolleranze alimentari: _____*

PAGAMENTO

È possibile effettuare il pagamento tramite:

- bonifico bancario*** (si prega di riportare nella causale cognome, nome e congresso AIC 2018) effettuato a favore della Accademia Italiana di Odontoiatria Conservativa e Restaurativa presso Banca Popolare di Sondrio, Filiale di Brescia IBAN: IT25 Y056 9611 2000 0001 2848 X41 di €

** si prega di allegare copia alla presente scheda*

- assegno bancario** non trasferibile intestato a: Accademia Italiana di Odontoiatria Conservativa e Restaurativa

ISTRUZIONI

Le iscrizioni saranno accettate a mezzo della presente scheda solo entro il 5 maggio. Dopo tale data sarà possibile iscriversi al Congresso esclusivamente in sede di evento.

La presente scheda di iscrizione verrà considerata valida solo se compilata in ogni sua parte e accompagnata dalla quota relativa se prevista. Si prega di dattiloscivere o compilare in stampatello e inviare a: **Accademia Italiana di Odontoiatria Conservativa e Restaurativa:**

Via del Gelsomino, 20 - 50125 Firenze - Fax: 055 5059360 - E-mail: aic@mjeventi.com

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Preso atto dell'informativa contenuta nel vostro sito www.accademiaitalianadiconservativa.it, autorizzo l'invio di materiale pubblicitario inerente altri corsi o seminari da Voi organizzati:

Sì No

DATA _____

FIRMA _____