

CONGRESSO **MACROAREA CENTRO** 2018

Silvin Marina (TE), 3 e 4 maggio

Da restituire **ENTRO E NON OLTRE il 16 aprile 2018** a:**VICTORY PROJECT CONGRESSI SRL**

Via C. Poma 2 - 20129 Milano - info@victoryproject.it - Fax 02 20 13 95

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PV \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

(obbligatoria per ricevere conferma iscrizione)

C.F./P. IVA \_\_\_\_\_

Professione:

 **Medico Chirurgo** si prega di indicare la propria disciplina tra quelle accreditate:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                                | <input type="checkbox"/> Geriatria   | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici di Famiglia) |  |
| <input type="checkbox"/> Malattie dell'Apparato Respiratorio        | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza |   |  |
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna                           | <input type="checkbox"/> Oncologia   | <input type="checkbox"/> Pediatria                              | <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                        | <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione                          |   |  |
| <input type="checkbox"/> Altro (NON saranno attribuiti crediti ECM) |  |   |  |

 **Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari** **Infermiere**

## QUOTA DI ISCRIZIONE

- SOCIO SIECVI: Gratuita
- NON SOCIO SIECVI: € 300,00+ iva 22% = € 366,00

## PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Desidero ricevere una proposta per nr. camera/e

- doppia uso singola                       doppia
  
- Assegno bancario intestato a Victory Project Congressi srl
- Bonifico bancario (copia allegata) sul seguente conto corrente:  
c/c 9340484 intestato a Victory Project Congressi srl  
Unicredit Banca – Agenzia 21903 via C. Poma - Milano  
IBAN: IT58 Z 02008 09403 00000 9340484
- Carta di credito
  - VISA                       MASTERCARD                       AMERICAN EXPRESS

Numero di carta:

Nome e cognome del titolare della carta:

---

Data di scadenza:  /

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_