



CORSO DI VALUTAZIONE FUNZIONALE POSTUROLOGICA IN CHIAVE MULTIDISCIPLINARE

Relatori: *Renzo Ridi, Alessandro Sarti*

16 maggio e 6 giugno 2015
ISTAP (Istituto Analisi Postura)
ORTOPEDIA FIORENTINA, Firenze

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME.....

NOME.....

PROFESSIONE.....

☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐ DIPENDENTE ☐ CONVENZIONATO ☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

DISCIPLINA

C.F.

INDIRIZZO PRIVATO N°

CITTÀ CAP PROV.

TEL. CELL.

ENTE DI APPARTENENZA.....

VIAN°

CITTÀ CAP PROV.....

TEL. FAX

E-MAIL

SI PREGA DI INVIARE, VIA FAX (O E-MAIL) LA PRESENTE SCHEDA DEBITAMENTE COMPILATA IN STAMPATELLO ED
ACCOMPAGNATA DA COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO A:

KEYWORD Europa - Via Vigoni, 11 - 20122 Milano
Fax 02.54124871 Tel. 02.54122513
E-mail: info@keywordeuropa.com

Keyword Europa, come richiesto dalla Commissione Nazionale ECM con determina 18 Gennaio 2011, Le ricorda che per ogni professionista sanitario il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto.

Nel rispetto delle norme sulla privacy, Keyword Europa La informa che il suo nominativo sarà trasmesso alla Commissione Nazionale ECM, per l'ottenimento dei crediti formativi.

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali, secondo il Decreto Legislativo 196 del 2003 (legge sulla privacy) relativamente a future informazioni di carattere istituzionale e formativo di Keyword Europa Srl.

Data Firma

QUOTE D' ISCRIZIONE

☐ COSTO PER I DUE EVENTI € 366 ,00 (I.V.A. INCLUSA)

LE ISCRIZIONI SARANNO ACCETTATE IN BASE ALL'ORDINE CRONOLOGICO DI ARRIVO E FINO AD ESAURIMENTO POSTI.

NESSUN RIMBORSO È PREVISTO PER L'ANNULLAMENTO DELL'ISCRIZIONE.

DESIDERO PAGARE MEDIANTE:

- ☐ BONIFICO BANCARIO (DI CUI INVIO COPIA ALLEGATA)
INTESTATO A: **ISTAP - ISTITUTO DI ANALISI DELLA POSTURA**
CASSA DI RISPARMIO FIRENZE AG.16
IBAN: IT04WO616002826000012593C00
BIC: BCITITMX
- ☐ ASSEGNO N.
BANCA
INTESTATO ED INVIATO A: **ISTAP - ISTITUTO DI ANALISI DELLA POSTURA**
Lungarno Cellini 51, Firenze

INTESTARE LA FATTURA A:

.....
(RAGIONE SOCIALE O COGNOME E NOME)

.....
(INDIRIZZO SEDE LEGALE)

.....
(C.A.P.) (CITTÀ) (PROV.)

P.IVA

C.F.

Data Firma