

Il Trattamento dei disturbi alimentari in istituzione

Scansioni-chiave e problemi aperti nella pratica clinica

Torino, 7 ottobre 2011

da inviare a: **M.A.F. SERVIZI SRL**
 Corso Svizzera 185 bis - 10149 Torino
 fax **011 505976** - email: **toscana@mafservizi.it**

Cognome _____

Nome _____

Serv./UOA _____

Ospedale _____

Indirizzo (prof.) _____

CAP _____ Città _____ PV _____

Tel. _____

Fax _____

Email _____

Professione

- Medico Chirurgo Psicologo Dietista

Disciplina

- Scienza dell'alimentazione e Dietetica
 Psichiatria
 Medicina Generale (Medici di Famiglia)

Dati obbligatori per ottenere gli ECM:

Nato a _____

Nato il giorno: mese: anno:

Codice Fiscale

Indirizzo di Residenza _____

CAP _____ Città _____ PV _____

QUOTE DI PARTECIPAZIONE (IVA 20% INCLUSA)

- Medico Chirurgo Euro **120,00**
 Psicologo Euro **120,00**
 Dietista Euro **120,00**

RISERVATO AI SOCI ANSISA

Quota riservata per i soci ANSISA in regola con la quota 2011
entro il 15/9 dopo il 15/9

- Medico Chirurgo Euro **100,00** Euro **120,00**
 Psicologo Euro **100,00** Euro **120,00**
 Dietista Euro **100,00** Euro **120,00**

Si prega di voler allegare il documento comprovante l'avvenuto pagamento della quota 2011.

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Bonifico bancario** in favore di **M.A.F. Servizi Srl**
 BANCA GENERALI
 Piazza CLN 255 - 10121 Torino, Italy
 IBAN Code: IT 46 Q 03075 01603 CC8000314426
causale del pagamento:
A11_062_iscrizione COGNOME/Nome
Allegare alla scheda d'iscrizione copia del bonifico

- Carta di Credito**
 autorizzo il pagamento di Euro _____ dalla Carta di Credito **Master Card** **Visa**

N° carta di credito _____

Codice di sicurezza (ultime tre cifre) _____

Data di Scadenza _____/_____/_____

Intestata a _____

Data di nascita _____/_____/_____

DATI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA
(compilazione obbligatoria)

Cognome _____
 (nel caso di Azienda indicare la Ragione Sociale)

Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ PV _____

Codice Fiscale

Partita IVA

Firma _____

Data _____/_____/2011

PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti. **NB: In assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.**

Data _____/_____/_____ Firma _____

Autorizzo il trattamento dei dati anagrafici per l'invio di materiale informativo sugli eventi formativi ECM e congressuali organizzati da M.A.F. Servizi srl e dall'Associazione provider ECM. M.A.F. Servizi srl dichiara che i dati non verranno trasmessi a terzi.

Data _____/_____/_____ Firma _____