

# CORSO PRATICO DI ECOGRAFIA OSTETRICA

## Scheda di Iscrizione

*Compila la scheda ed inviala alla e-mail: [info@dimed.com](mailto:info@dimed.com).*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Istituto di Appartenenza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## Modalità di Pagamento

Assegno n.ro \_\_\_\_\_ di euro \_\_\_\_\_

Bonifico n.ro \_\_\_\_\_ di euro \_\_\_\_\_

La Dimed intesterà la fattura a:

\_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

P.IVA / Codice Fiscale \_\_\_\_\_

La scheda sarà ritenuta valida solo se accompagnata dall'importo dei servizi richiesti.  
Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati ai sensi della legge 675/96.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_