

NOME _____ COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ () DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROV. _____ C.A.P. _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

ENTE/ASL DI APPARTENENZA _____ QUALIFICA _____

Il sottoscritto ai sensi della Legge 196/03 dichiara di autorizzare la segreteria organizzativa del corso ad utilizzare i dati personali.

Data Firma

da inviare a: **BENEVENTI** - Via Clementina Perone 39 - Benevento - Fax 0824 1730183 - stefaniadevita@gmail.com - segreteriaebeneventi@virgilio.it



6° CORSO
NOVITÀ in **ALLERGOLOGIA** ed
IMMUNOLOGIA PEDIATRICA

18 e 19 MAGGIO 2012
Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli
BENEVENTO

La quota di iscrizione per i
Sig. **Medici** è fissata in **€ 100 + IVA**,
per gli **Infermieri** è di **€ 40,00 + IVA**.
Il pagamento potrà essere effettuato tramite
bonifico bancario intestato a:
**BENEVENTI di De Vita Stefania Banca
Popolare di Novara filiale di Benevento
IBAN IT 73H056081500000000021839**