

Scheda di iscrizione

Compila il modulo in ogni sua parte (stampatello)

Invia il modulo e bonifico a:
segreteria@siofonline.it

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo fattura _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Cellulare _____

E-mail _____

PEC _____

PIVA/C.F. _____

Codice SDI _____

QUOTE D'ISCRIZIONE

- Soci SIOF € 1.400,00 (no IVA)
- Soci SUSO, SIMLA, SMLT, Medici e Odontoiatri INAIL,
Consulta giovani medici legali universitari € 1.500,00 + IVA
- Non soci SIOF € 1.800,00 + IVA
- Quota iscrizione SIOF € 90,00

Crediti formativi richiesti 50 E.C.M.

Minimo 10 partecipanti

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

SIOF IBAN: IT85Y0538712905000001947761

Si acconsente al trattamento dei dati ed informative ai sensi del codice sulla Privacy (D. Leg.vo 196/03).

Data _____

Firma _____