

DOMANDA DI ISCRIZIONE

DATI ANAGRAFICI

Nome _____ Cognome _____
Qualifica _____
Indirizzo _____
Città _____ Prov. [][] CAP [][][][][]
Tel. _____ cell. _____ fax _____
E-mail _____ @ _____
CF _____ Partita IVA _____

DATI DI FATTURAZIONE (se diversi dal partecipante)

Nome Azienda/Ente/Istituto _____
Indirizzo _____
Città _____ Prov. [][] CAP [][][][][]
CF _____ Partita IVA _____

QUOTA DI ISCRIZIONE e PAGAMENTO (IVA inclusa)

Socio SIRN € 73,20 Non Socio SIRN € 134,20

Per tutti i partecipanti al corso sarà previsto slide kit delle presentazioni

Figure professionali:

Biologo Logopedista Terapista Occupazionale Psicologo Fisico (Fisica Sanitaria),
 Medico Chirurgo (Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Psichiatria, Neurochirurgia,
Neuropsichiatria) Fisioterapista Infermiere Tecnico di Neurofisiopatologia
 Tecnico di Radiologia

Bonifico Bancario intestato a PLS Educational Srl

presso Monte dei Paschi di Siena, Ag. 20 - Firenze

IBAN: IT29 0 01030 02804 00000 0221213

Si prega indicare nella causale: "Scuola SIRN Corso Cassano Murge (BA) 12-13 ottobre + cognome del partecipante"

Data _____

Firma _____