Modulo di autorizzazione al pagamento a mezzo carta di credito

Si prega di inviare il presente modulo unitamente alla scheda di adesione alla Segreteria Organizzativa **a mezzo fax** oppure o **e-mail:** Fax 055 5059360 – E-mail: eventi@mjeventi.eu

Corso Endodonzia Clinica Dott. Aniello Mollo 2019

Quota d'iscrizione al Corso: € 2.200+IVA (22%) = € 2.684
prima rata (€ 684,00 IVA inclusa) all'atto dell'iscrizione, **saldo** (€ 2.000,00 IVA inclusa) entro il 22/02/2019

Nome_____Cognome_____

Email _____

Codice Fiscale_____

Effettuo il pagamento a mezzo **carta di credito**:

Visa [__][__][__][__] [__][__][__][__] [__][__][__][__] [__][__][__][__]

CVV2/ CVC2/4DBC [__][__][__]

Mastercard [__][__][__][__] [__][__][__][__][__][__] [__][__][__][__][__]

CVV2/CVC2/4DBC [__][__][__][__]

Data di scadenza: [__][__]/[__][__] Intestata a: _____

Autorizzo al prelievo dell'acconto [_] € 684=.

Autorizzo al prelievo del saldo [_] € 2.000= in data 22/02/2019

Data _____

Firma per autorizzazione al prelievo _____