



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare la presente scheda in tutte le sue parti e di inviarla a:

MJ Eventi Sas

Fax 055 5059360 •

E-mail: eventi@mjeventi.eu

Qualifica _____ Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____ @ _____

PEC _____ @ _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Codice Univoco per la fatturazione elettronica _____ (obbligatorio se esistente)

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____ (obbligatorio ai sensi del Decreto Legge Bersani 248/06)

Partita IVA _____ (obbligatoria se esistente)

Quote di partecipazione (IVA 22% inclusa) *

Odontoiatra	€ 1.200
Odontoiatria under 35	€ 1.000

** Il Corso è a numero chiuso, si invita pertanto a contattare la Segreteria Organizzativa per verificare l'effettiva disponibilità di posti prima di effettuare il pagamento. Qualora all'atto dell'iscrizione i posti dovessero risultare esauriti sarà cura della Segreteria informare tempestivamente il Partecipante.*

Il pagamento deve essere effettuato come segue:

