

Scheda di Registrazione

DA SPEDIRE PER E-MAIL: museo.anatomiapatologica@unipd.it

Tel.: (+39) 0498272269

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____

CAP _____

TELEFONO _____

CELLULARE _____

E-MAIL: _____

PEC: _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INVOICE ADDRESS/FATTURA

INTESTATA A: ME STESSO

ENTE DI APPARTENENZA

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

COMUNE _____

PROVINCIA _____

CAP _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

TEL. _____

CODICE UNIVOCO IPA _____

PEC _____

CODICE DESTINATARIO SDI (7 CIFRE)

--	--	--	--	--	--	--	--

PAYMENT/PAGAMENTO:

BEFORE 30TH APRIL 2019

PROFESSIONALS:

€200 + €50 DINNER

STUDENTS:

€100 + €50 DINNER

AFTER 30TH APRIL 2019

PROFESSIONALS:

€250 + €50 DINNER

STUDENTS:

€150 + €50 DINNER

PAYMENT METHOD: **BANK TRANSFER / BONIFICO BANCARIO**

REASON FOR TRANSFER: **NAME, SURNAME, "2ND INTERNATIONAL CONGRESS ON WAX MODELLING."**

TRANSFER TO: DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO-TORACO-VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA
INTESA SANPAOLO SPA

CORSO GARIBALDI 22/26-35122 PADOVA

CONTO: 45574/1000/00046149

IBAN: IT76J0306912117100000046149

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Con la presente, inoltre, ai sensi del Decreto legislativo n. 196/2003, il sottoscritto rende noto a questa Segreteria di autorizzarla al trattamento dei suoi dati personali per l'espletamento delle procedure relative al corso in oggetto.

Accetto

Non accetto

Firma _____