



87° Master di Citologia N a s a l e

Bari
5-6-7 ottobre 2026
Villa Romanazzi Carducci

SCHEDA DI ISCRIZIONE

I seguenti dati
saranno anche
utilizzati ai fini della
certificazione E.C.M.
(Educazione Continua
in Medicina)

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ Email _____

☐ MEDICO SPECIALISTA ☐ SPECIALIZZANDO

Disciplina _____

Ente di appartenenza _____

☐ LIBERO PROFESSIONISTA ☐ DIPENDENTE ☐ CONVENZIONATO ☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

QUOTA DI ISCRIZIONE ☐ € 1.200,00 + IVA

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☐ bonifico bancario di € _____, al netto delle spese, a favore di ELLE CENTER S.r.l. - presso Banca Popolare Pugliese – Filiale di Via Matarrese – Bari - Iban: IT 75 A 05262 04001 CC0860005178 Bic - Code BPPUIT33 (allegare alla scheda copia dell'avvenuto pagamento)

DATI FATTURAZIONE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice univoco _____

Partita Iva o Codice Fiscale _____

Ai sensi del Regolamento 2016/679/EU(GDPR), La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra Società, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla ns. attività. La informiamo, inoltre, che ai sensi degli artt.12,13,15,17,18,20,21 Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è ELLECENTER S.r.l.

Data _____ Firma _____