

I° CONGRESSO NAZIONALE SULLA MEDICINA DI GENERE

5-6 Febbraio, 2009

Palazzo Del Bo' - Università di Padova

SCHEDA DI ISCRIZIONE (n. 1 partecipante/specializzando/studente per scheda)

Cognome: _____ Nome: _____

Qualifica e luogo di lavoro (recapito completo): _____

Via: _____

CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Quote di iscrizione (entro il 30/01/2009)

N°1 partecipante/specializzando/studente per scheda

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> PARTECIPANTE | € 150,00 (IVA 20% inclusa) |
| <input type="checkbox"/> SPECIALIZZANDO * | € 60,00 (IVA 20% inclusa) |
| <input type="checkbox"/> STUDENTE * | Gratuita |

* Si prega di allegare la dichiarazione ufficiale del capo di Istituto o la copia del libretto universitario

Si richiede di inviare la presente scheda entro e non oltre il **30 Gennaio 2009**, debitamente compilata e accompagnata dal relativo pagamento a:

GENDER 2009

FONDAZIONE GIOVANNI LORENZINI

MEDICAL SCIENCE FOUNDATION

Via A. Appiani, 7 20121 MILANO

Tel: 02/29006267 - Fax: 02/29007018 - E-mail: info@gendermedicine.org

Programma Sociale (N° 1 partecipante/specializzando/studente)

- | | | |
|--|-----------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Welcome Reception | 5 Febbraio 2009 | Incluso |
| <input type="checkbox"/> Concerto | 5 Febbraio 2009 | Incluso |

Il pagamento è stato effettuato mediante:

Assegno bancario non trasferibile n.: _____

della Banca: _____

Intestato a: **FONDAZIONE GIOVANNI LORENZINI MEDICAL SCIENCE FOUNDATION**

Carta di credito:

American Express

CartaSi

MasterCard

Visa

Carta N.: _____ **Data di scadenza:** _____

Security Code della carta di credito: (ultime 3 cifre indicate nel retro della carta di credito)

Nome del possessore della carta (come evidenziato sulla carta): _____

Data di nascita del possessore della carta: _____

Firma del possessore della carta: _____

Totale da addebitare: € _____

Bonifico bancario intestato a:

FONDAZIONE GIOVANNI LORENZINI MEDICAL SCIENCE FOUNDATION

c/o Unicredit Banca ABI: 02008 CAB: 01621 CIN: W

IBAN: IT11W0200801621000005500238

SWIFT: UNCRITB1221

Si prega di indicare il riferimento *Gender 2009*, cognome e nome.

Data: _____ **Firma:** _____

Codice Fiscale: _____

Partita IVA : _____

Nome e indirizzo corrispondente al n. di partita IVA: _____

Informativa sulla tutela della privacy (D. Lgs 196 del 30 Giugno 2003)

Il/ La sottoscritto/a

Dà il consenso

Nega il consenso

Affinchè la Fondazione Giovanni Lorenzini proceda, in esclusiva, al trattamento dei propri dati personali come risultanti dalla presente informativa.

Data: _____ **Firma:** _____