



## SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da inviare alla Segreteria Organizzativa:  
STUDIO EXEDRA - Corso delle Provincie, 38 - 95127 Catania  
tel. 095 374729 fax 095 385021

Mail: [info@studioexedra.it](mailto:info@studioexedra.it) web site: [www.studioexedra.it](http://www.studioexedra.it)

SI PREGA DI COMPILARE LA PRESENTE SCHEDA IN TUTTE  
LE SUE PARTI IN STAMPATELLO

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

**Nato a** \_\_\_\_\_

**il** \_\_\_\_\_

**CF** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**Città** \_\_\_\_\_

**CAP** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

**Cell.** \_\_\_\_\_

**Mail** \_\_\_\_\_

**Qualifica** \_\_\_\_\_

**Ente di appartenenza** \_\_\_\_\_

**QUOTE DI ISCRIZIONE IVA INCLUSA € 50.00 per medici ed infermieri**

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Allego copia del bonifico bancario intestato a: Studio Exedra srl  
Banca Credito Siciliano Ag.n. 3 Catania CC n° 6350 ABI 3019 CAB  
16902 CIN M IBAN IT 85

IBAN IT 85 M 03019 16902 000000006350

Causale Congresso La Neurologia pediatrica tra realtà e bisogni e  
nome dell' iscritto

### Dati per la Fatturazione:

Ragione sociale \_\_\_\_\_

C. F. / P. Iva \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei dati personali in ottemperanza alla legge n. 196/2003 ai soli fini  
inerenti a questa iniziativa

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_