



CORSO BASE DI ODONTOIATRIA NEUROMUSCOLARE: VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE DEL PAZIENTE

Palermo, 15-16 giugno 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in stampatello leggibile e spedire, unitamente al pagamento, a:

SELENE Srl – Via Medici, 23 - 10143 TORINO - Fax 0117499576 - aikecm@seleneweb.com

NOMINATIVO _____

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

NATO IL _____

A _____

INDIRIZZO _____

C.A.P. _____

CITTÀ _____

PROV. _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____

QUALIFICA PROFESSIONALE _____

ISCRIZIONE

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Medici/Odontoiatri soci AIG | Euro 240,00 |
| <input type="checkbox"/> Medici/Odontoiatri soci AIO / ANDI | Euro 300,00 |
| <input type="checkbox"/> Medici/Odontoiatri | Euro 350,00 |
| <input type="checkbox"/> Odontotecnici soci AIG | Euro 140,00 |
| <input type="checkbox"/> Odontotecnici | Euro 200,00 |
| <input type="checkbox"/> Podologi, Logopedisti, Fisioterapisti, Igienisti Dentali | Euro 150,00 |
| <input type="checkbox"/> Posturologi, Osteopati e Chiropratici (senza crediti ECM) | Euro 122,00 |
| <input type="checkbox"/> Studenti e Specializzandi | Euro 61,00 |
| <input type="checkbox"/> Giornata singola (senza crediti ECM) | Euro 100,00 |

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Allego assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a SELENE Srl
- Allego ricevuta bonifico bancario Codice IBAN IT02 N030 6901 0481 0000 0062 675
c/c intestato a SELENE Srl presso INTESASANPAOLO
- Carta di credito: VISA MASTERCARD N° _____ CVV _____
Data di scadenza _____ Intestatario _____
Firma _____



**CORSO SULL'INTERPRETAZIONE
DEI TRACCIATI KINESIOGRAFICI ED ELETTROMIOGRAFICI
CORSO PRATICO DI KINESIOGRAFIA
CORSO SULLA TECNICA DELLA CORONOPLASTICA,
SULLA COSTRUZIONE DELL'ORTOTICO E SULLA PROTESI**

Palermo, 27-28-29 settembre 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in stampatello leggibile e spedire, unitamente al pagamento, a:

SELENE Srl – Via Medici, 23 - 10143 TORINO - Fax 0117499576 - aikecm@seleneweb.com

NOMINATIVO

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

NATO IL

A

INDIRIZZO

C.A.P.

CITTÀ

PROV.

CELLULARE

E-MAIL

QUALIFICA PROFESSIONALE

ISCRIZIONE

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Medici/Odontoiatri soci AIG | Euro 350,00 |
| <input type="checkbox"/> Medici/Odontoiatri soci AIO / ANDI | Euro 450,00 |
| <input type="checkbox"/> Medici/Odontoiatri | Euro 550,00 |
| <input type="checkbox"/> Odontotecnici soci AIG (solo sabato) | Euro 120,00 |
| <input type="checkbox"/> Odontotecnici non soci (solo sabato) | Euro 180,00 |
| <input type="checkbox"/> Podologi, Logopedisti, Fisioterapisti, Igienisti Dentali
Posturologi, Osteopati e Chiropratici (solo sabato - no ECM) | Euro 180,00 |
| <input type="checkbox"/> Studenti e Specializzandi | Euro 122,00 |

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Allego assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a SELENE Srl
- Allego ricevuta bonifico bancario Codice IBAN IT02 N030 6901 0481 0000 0062 675
c/c intestato a SELENE Srl presso INTESASANPAOLO
- Carta di credito: VISA MASTERCARD N° _____ CVV _____
Data di scadenza _____ Intestatario _____
Firma _____