



**CORSO PRATICO IN ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA E OPERATIVA CON HANDS ON  
SU MODELLI VIRTUALI:  
"DALL'ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE ALLA CHIRURGIA RESETTOSCOPICA"**

**ROMA, 24 GENNAIO 2012**

**UNIVERSITA' CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA**

**Scheda di Iscrizione**

Si prega di compilare in stampatello in tutte le sue parti la seguente scheda, di firmarla e rinviarla alla Segreteria Organizzativa Bluevents srl – Via Flaminia Vecchia, 508 - 00191 Roma tel. 06/36382038 - fax: +390696841414 e-mail: [info@bluevents.it](mailto:info@bluevents.it)

Cognome..... Nome.....  
Indirizzo.....  
CAP..... Città..... Paese.....  
Telefono..... Fax..... E-mail.....  
C.F.....

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

**Medico Specialista  
Specializzando**

**Euro 200,00 (Iva 21% esclusa)  
Euro 100,00 (Iva 21% esclusa)**

**ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO**

**BONIFICO BANCARIO** intestato a Bluevents srl di € \_\_\_\_\_ esente da spese bancarie

BANCA DEL FUCINO- AGENZIA L - IBAN : IT22L0312403204000000231549

**ASSEGNO** bancario o circolare NON TRASFERIBILE n. \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_  
di € \_\_\_\_\_ intestato a Bluevents srl

**CARTA DI CREDITO\*:** **VISA\***  **MASTERCARD\***

Autorizzo l'addebito di € \_\_\_\_\_ Titolare della carta di credito: \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ Scadenza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CV2\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\*\*(ultime 3 cifre riportate sul retro della carta)

Firma del Titolare \_\_\_\_\_

Cancellazioni: è necessario inviare comunicazione scritta dell'eventuale annullamento alla Segreteria Organizzativa Bluevents, via fax al n.06/96841414 oppure all'indirizzo e-mail [info@bluevents.it](mailto:info@bluevents.it). Per gli annullamenti pervenuti entro il 12/01/2012 la quota sarà rimborsata con una trattenuta di €50.00 per le spese amministrative. Dopo tale data non sarà effettuato alcun rimborso. I rimborsi saranno effettuati entro i 60 giorni successivi alla fine del Corso.

*"Ai sensi della L.31 dicembre 1996 N°675, si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso i terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di Congressi. I Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo d'iscrizione, per l'espletamento delle procedure di iscrizione. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere utilizzati per l'invio di materiale scientifico relativo a convegni e Congressi, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto di opporsi a tale trattamento. Titolare del trattamento la Bluevents srl di Roma"*

Data

Firma