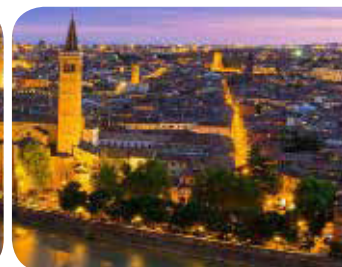
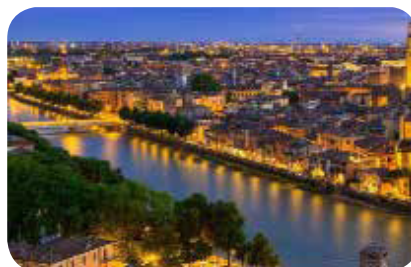




**VERONA**

**15-16 NOVEMBRE 2018**

**AUDITORIUM DOMUS MERCATORUM  
CAMERA DI COMMERCIO  
DI VERONA**



**VICTORS 2018**  
ADVANCEMENTS IN INTERVENTIONAL  
PULMONOLOGY THORACIC SURGERY AND PULMONARY ONCOLOGY

**SCHEDA D'ISCRIZIONE**

Scheda d'iscrizione da inviare al seguente  
indirizzo e-mail: [congressi@soluzioniverona.it](mailto:congressi@soluzioniverona.it)

**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO, LE SCHEDE CON DATI MANCANTI NON  
SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE**

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

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

Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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

Tel. Ente \_\_\_\_\_

**Professione** (indicare la categoria di appartenenza):  Medico  Altro

**Disciplina** \_\_\_\_\_

**PROFILO LAVORATIVO ATTUALE:**

Dipendente del SSN  Convenzionato del SSN  Libero professionista in ambito sanitario

Altro(specificare) \_\_\_\_\_

U.O./SERVIZIO DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_



# VERONA

15-16 NOVEMBRE 2018

AUDITORIUM DOMUS MERCATORUM  
CAMERA DI COMMERCIO  
DI VERONA



Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### Quote di iscrizione:

**Entro il 31/08**

€ 100,00 (Iva inclusa) Medici

**Dall' 01/09 al 31/10**

€ 200,00 (Iva inclusa) Medici

**Dall' 01/11**

€ 260,00 (Iva inclusa) Medici

€ 60,00 (Iva inclusa) Specializzandi

€ 120,00 (Iva inclusa) Specializzandi

€ 150,00 (Iva inclusa) Specializzandi

**La quota include:** Sessioni scientifiche, Coffee Break, Light Lunch, Kit congressuale

### Modalità di Pagamento:

Le quote di iscrizione possono essere pagate tramite Bonifico Bancario intestato:

SOLUZIONI OMNIA MEDIA SRL

Valpolicella Benaco Banca

IBAN IT 86 G 08315 59810 0000 0000 0541

Causale: VICTORS 2018 - NOME COGNOME

### DATI PER LA FATTURAZIONE (campo obbligatorio da completare)

Ragione Sociale (per le ditte/aziende) \_\_\_\_\_

P.IVA (per le ditte/aziende) \_\_\_\_\_

Cognome e Nome (per le persone fisiche) \_\_\_\_\_

C.F. (per le persone fisiche) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E\_mail \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

