

# MODULO DI REGISTRAZIONE

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Qualifica prof.le: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

Iscritto AIFI <sup>(1)</sup>

Non iscritto AIFI

comunica la propria iscrizione al Congresso internazionale

## “EVIDENCE BASED PRACTICE IN PHYSICAL THERAPY”

che si terrà a **Roma il 23 e 24 marzo 2007**

Dati anagrafici per la fatturazione

Nome o ragione sociale <sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

Domicilio fiscale: via/piazza \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

partita I.V.A. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

Pagamento effettuato di persona, a mezzo assegno bancario non trasferibile, per Euro: \_\_\_\_\_

intestato a: Società Scientifica Italiana s.r.l.; ovvero attraverso bonifico bancario per Euro: \_\_\_\_\_

intestato a: Società Scientifica Italiana Fisioterapia & Riabilitazione s.r.l. – c.c. n. 595/09 – c/o Ag. 36 del Monte dei Paschi di Siena, Via Acaia, 62 – Roma – ABI: 01030 – CAB: 03236 – CIN: W

Note: (1) Il partecipante è tenuto ad allegare la fotocopia della tessera dell'anno in corso; nel caso in cui non fosse in possesso della tessera, è pregato di allegare la fotocopia del versamento postale o della ricevuta dell'avvenuta iscrizione all'AIFI. (2) La ragione sociale deve essere specificata per società, enti pubblici e privati, nonché per i liberi professionisti. Nel caso ricorrano le condizioni per la restituzione della somma versata, rimane inteso che la restituzione avverrà al netto delle spese bancarie e di segreteria, pari, forfaitariamente, ad euro 8,00.

Con la firma della presente, si accettano le clausole del corso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informiamo ai sensi dell'art.10 della legge 675/96 che i dati personali saranno utilizzati dall'AIFI per finalità associative. I dati verranno inoltre utilizzati per la pubblicizzazione delle iniziative scientifiche dell'AIFI e potranno essere trasmessi ad aziende del settore sanitario e riabilitativo di comprovata serietà e competenza, ivi comprese quelle dell'editoria sanitaria, per l'invio di informazioni commerciali, scientifiche e sondaggi d'opinione. In qualunque momento potrà consultare, far modificare, cancellare i suoi dati o semplicemente opporsi al loro utilizzo. L'utilizzo dei dati è concesso gratuitamente.

Per consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Trasmissione a mezzo fax a:

Società Scientifica Italiana Fisioterapia e Riabilitazione S.r.l.  
Fax 0677200581