



# PRIMA GIORNATA TOSCANA DELLA RICERCA IN RIABILITAZIONE

**4 maggio 2018**

**CLINICA RIABILITAZIONE TOSCANA  
Ospedale Santa Maria alla Gruccia, Montevarchi (AR)**



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare e spedire, preferibilmente entro il **27 Aprile 2018** a:

F.I.M.O. Srl Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze - Fax 055 683355 E-mail: congressi@fimo.biz

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

ENTE \_\_\_\_\_

Indirizzo al quale si desidera essere contattati:

VIA \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Intestazione Fattura \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

### QUOTE DI ISCRIZIONE CONGRESSO (inclusa IVA 22%)

- Soci SIMFER/SIRN/SINP** **gratuito**
- NON Soci Medici/Psicologi** **€ 50,00**
- Fisioterapisti/ Logopedisti** **€ 30,00**

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Pagamento effettuato a mezzo assegno bancario allegato intestato a F.I.M.O. Srl
- Pagamento effettuato a mezzo bonifico bancario intestato a F.I.M.O. Srl - Cassa di Risparmio di San Miniato  
**IT 06 S 06300 02806 CC1770201177** (allegare ricevuta)

- Pagamento a mezzo di carta di credito  VISA  MASTERCARD

N°

Codice di Sicurezza (si trova sul retro della carta)

Indicare soltanto le ultime 3 cifre

Intestata a \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Garanzia di riservatezza: I dati personali che La riguardano vengono elaborati nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/03 e succ. modifiche sulla tutela della privacy. Questi dati vengono utilizzati da F.I.M.O. Srl soltanto per aggiornarLa sulle manifestazioni e sulle iniziative scientifiche di Suo interesse e non vengono, per nessun motivo, comunicati o diffusi a terzi. Lei potrà in qualsiasi momento comunicarne a F.I.M.O. Srl la modifica o la cancellazione. Qualora Lei non desiderasse ricevere comunicazioni, La preghiamo barrare la casella a lato.

Firma \_\_\_\_\_

