

**ALLA SEGRETERIA DEL 6° CORSO
TEORICO-PRATICO DI MEDICINA MANUALE
SATURNIA (GR) 25 - 26 OTTOBRE 2008**

Il sottoscritto Dott.:

COGNOME.....

NOME.....

Nato/a a.....

il.....

Residente a.....

Indirizzo.....

Provincia.....CAP.....

Codice Fiscale.....

P. IVA.....

Tel.....

E-mail.....

Iscritto/a all'Albo dei Medici-Chirurghi della Provincia di

.....n.ro.....

Specialista in.....

Specializzando in.....

Socio della Accademia Italiana di Medicina Manuale
per l'anno 2008: SI NO

Socio della S.I.M.F.E.R. per l'anno 2008: SI NO

(segue sul retro)

Chiede di essere iscritto al Corso Teorico-pratico di Medicina Manuale che si svolgerà a Saturnia (Gr) il 25 e 26 Ottobre 2008 ed allega alla presente copia della ricevuta di pagamento della quota di iscrizione, effettuata tramite bonifico bancario.

Al fine di essere inserito nel gruppo 'Esperti', dichiara di avere già effettuato i seguenti Corsi di Medicina Manuale organizzati dalla A.I.M.M. o con il suo patrocinio (Parigi, Milano, Siena, Roma, Saturnia), specificando l'anno:

.....
.....

Dichiara che la fattura relativa al pagamento della quota d'iscrizione deve essere intestata a:

Nome/rag. Sociale:.....

Indirizzo.....

Città.....CAP.....

Cod. Fiscale.....

P. IVA.....

Autorizza l'utilizzazione dei dati personali sopra indicati limitatamente alle finalità del Corso in oggetto, ai sensi del D. L. 196 del 30.06.03.

Data:

Firma:

Da inviare allegando la copia della ricevuta del bonifico bancario attestante il pagamento della quota d'iscrizione a:

**medicinamanuale.net
c/o Editrice Solleone S.r.l.
Casella Postale 121 - 58100 Grosseto**