



# 5° Congresso Nazionale

Club della Litiasi Urinaria

## SCHEDA ISCRIZIONE

Perugia  
12-14 settembre 2013

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

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO LAVORATIVO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

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

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

### ISCRIZIONI AL CONGRESSO

Quota di Partecipazione Euro 500,00 + IVA 21%

Quota per Specializzandi\* Euro 200,00 + IVA 21%

Quota di partecipazione alla cena sociale  
(Solo per gli accompagnatori) Euro 80,00 + IVA 21%

\* L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione di Urologia.

### LA QUOTA DI ISCRIZIONE COMPRENDE

La partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, attestato di partecipazione, lunch, coffee break e cena sociale.

Le pre-iscrizioni e i cambi nome verranno accettati entro e non oltre il **5 settembre 2013**.

Dopo tale data si accetteranno solamente iscrizioni in sede congressuale.

Non si accettano rinunce dopo il 30 aprile 2013.

### ESPOSITORI

Verranno forniti su richiesta un massimo di nr. 3 badges gratuiti NON NOMINATIVI per Azienda.

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Tutti i pagamenti devono essere indirizzati a:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting - Via Porrettana 76 - 40033 Casalecchio di Reno (Bo)  
tramite:

- **Bonifico Bancario:** Banca Popolare dell'Etruria e del Lazio  
IBAN IT 72 V 05390 36670 000000000099  
intestato a: E.V.C.M. Srl, causale: 5° Congresso Nazionale CLU + quota di iscrizione + nome iscritto
- **Assegno bancario o circolare non trasferibile** intestato a: E.V.C.M. Srl. L'assegno dovrà essere accompagnato da lettera in cui si specifica causale del pagamento. I moduli di Iscrizione dovranno essere inviati, allegando fotocopia del bonifico o assegno, a:  
Emilia Viaggi Congressi & Meeting - Via Porrettana, 76 - 40033 Casalecchio di Reno (Bo)  
Tel. 051.6194911 - Fax 051.6194900 - caterinabadini@emiliaviaggi.it

## SI PREGA DI INTESTARE LA FATTURA A

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

## SPECIFICHE DEL VERSAMENTO

Quota Iscrizione al Congresso Euro \_\_\_\_\_

**Totale Euro \_\_\_\_\_**

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali secondo la Legge 675/96*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_