

SCHEDE DI ISCRIZIONE

Titolo del corso a cui si vuole partecipare _____ data _____

Da restituire a:
STRUTTURA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO, ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO
 Largo R. Benzi 10 – 16132 Genova Tel. 010 5737532 / 3 – Fax 010 5737537 - e-mail: ufficio.formazione@istge.it

Nome e Cognome _____

Luogo / Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Telefono privato / Cellulare _____ E-mail privata (eventuale) _____

Indirizzo privato _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Libero professionista Specificare _____

Dipendente Ente Ente di appartenenza _____

Struttura/ Servizio / Reparto e relativo indirizzo _____

Tel. c/o Ente _____ E-mail c/o Ente _____

Figura Professionale _____ Disciplina / Specializzazione _____

(indicare se medico chirurgo, infermiere, biologo, etc)

Qualifica _____

(indicare se dirigente medico, cps tecnico sanitario di laboratorio biomedico, professore associato, contrattista, specializzando, dottorando, borsista, etc)

Per i dipendenti IST: Firma e timbro del Direttore di Struttura _____

DA COMPILARE SOLO SE PREVISTA QUOTA D'ISCRIZIONE

- **QUOTA DI ISCRIZIONE PER CORSI DI FORMAZIONE ACCREDITATI ECM** € _____ + €1,81 = Tot. € _____
 (alla quota di iscrizione dovuta aggiungere €1,81 per le spese di bollo; IVA esente ai sensi dell'art. n. 10, comma 20, DPR n. 633/72)

- **QUOTA DI ISCRIZIONE PER CORSI DI FORMAZIONE NON ACCREDITATI ECM**
 è necessario specificare se:

Iscrizione versata da persona fisica o da azienda privata
 (alla quota di iscrizione dovuta aggiungere l'IVA al 20%). € _____ + IVA 20% € _____ = Tot. € _____

Iscrizione versata da ente pubblico € _____ + €1,81 = Tot. € _____
 (alla quota di iscrizione dovuta aggiungere €1,81 per le spese di bollo; IVA esente ai sensi dell'art. n. 10, comma 20, DPR n. 633/72 e successive modifiche)

INTESTAZIONE DELLA FATTURA _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

INDIRIZZO a cui inviare la fattura _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

1. Bonifico bancario intestato a ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO - GENOVA
 c/c 18407/90 BANCA CARIGE Spa Agenzia 49 • codice CAB 1594 • codice ABI: 6175 • CIN J • IBAN IT87 J061 7501 5940 0000 1840 790

2. Assegno bancario o circolare "non trasferibile"
 n° _____ della banca _____
 intestato a: ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO - GENOVA

Data _____

Firma del richiedente _____