

XX Congresso Annuale Mastitis Council Italia SCHEMA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____

NOME _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO (Via, N. civico, CAP, Località, Provincia) _____

RECAPITO TELEFONICO _____

INDIRIZZO ELETTRONICO _____@_____

PER AVERE ACCESSO ALL'AREA RISERVATA DEL SITO MASTITALIA È NECESSARIO INDICARE UN INDIRIZZO @MAIL

ISCRIZIONE al Congresso importo 100€..... € _____

ISCRIZIONE al Congresso (**Studenti**) importo 50€..... € _____

L'iscrizione comprende la quota associativa annuale

TOTALE.....€ _____

Bonifico a MASTITIS COUNCIL ITALIA

Banca: Banca Intesa IBAN IT06 L030 6909 6061 0000 0019 358 (Allegare copia)

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa di cui all'art. 13, del D. Lgs. 196/03 e, consapevole dei diritti a lui spettanti ai sensi dell'art. 7, esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali comuni per le finalità e nei limiti indicati nella menzionata informativa.

FIRMA _____