

**6° CONGRESSO NAZIONALE DEL COORDINAMENTO DEI MEDICI LEGALI
DELLE AZIENDE SANITARIE**

*Metodologie e strumenti di qualità per la formazione e l'attività
medico-legale nel Servizio Sanitario Nazionale*

Lecce, Grand Hotel Tiziano e dei Congressi

10-13 ottobre 2007

SCHEMA DI ISCRIZIONE E PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Si prega di compilare in stampatello ed inviare entro il **30 settembre 2007** a:

NEWTOURS S.p.A.
Via Augusto Righi 8, 50019 Sesto Fiorentino (FI) - Italy
Telefono: 055-3361303 - Fax 055-3033895 - E-mail: comlas07@newtours.it

Dati Anagrafici

Titolo: Prof. Dott. Sig. Sig.ra.

COGNOME _____ NOME _____

ISTITUTO / AZIENDA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____

Tel. _____ Cell. _____

Fax: _____ E-Mail _____

Dati per la fatturazione: si prega di indicare i dati esatti per l'emissione della fattura della quota d'iscrizione:

Cognome e nome: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Città: _____

P.IVA o Codice Fiscale (obbligatorio) _____

Dati per ECM:

Categoria.....

Qualifica:.....

Ruolo:.....

Data e luogo di nascita.....

Pagamenti

Allego:

- Quota di iscrizione Totale € _____
 - Quota di deposito alberghiero
una notte di pernottamento € _____ per n° _____ camera/e Totale € _____
 - Diritti di agenzia: € 15,00 per n° _____ camera/e Totale € _____
- Totale Pagamenti € _____**

Modalità di pagamento

Il pagamento dovrà essere effettuato a favore della Newtours SPA come segue:

- Assegno (non trasferibile) intestato a Newtours SPA
- Bonifico bancario a:
NEWTOURS SPA/ CONGRESSO COMLAS 2007
BANCA INTESA/BCI Divisione Cariplo
Sede di Firenze - Viale Gramsci 39/41
C/c 78/158 - ABI: 3069 - CAB: 2820 CIN Y

NB: si prega di inviare la copia del bonifico allegata alla scheda di iscrizione e di prenotazione alberghiera

- Addebito di carta di credito
 - America Express Visa
 - Diners Club Eurocard (Master Card)

Nome titolare carta di credito _____

Numero carta di credito _____ Data di scadenza _____

Firma _____ **Data** _____

Autorizzo la NEWTOURS SPA ad utilizzare i miei dati personali in osservanza alla legge sulla tutela della riservatezza dei dati personali (**legge n.675/1996** e successive modifiche e integrazioni):

- sì** **no**

Firma _____ **Data** _____