

MODULO DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto chiede di essere iscritto alla Convention

**L'ALIMENTAZIONE NELLA PRATICA SPORTIVA PER IL BENESSERE PSICO-FISICO
DELL'ATLETA E PER IL MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE**

Roma, 6 Giugno 2015

In presenza in aula in videoconferenza

(si richiede l'invio del modulo di iscrizione entro 10 giorni precedenti la data della convention)

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

Esercita la professione presso:

Ente pubblico Lab. Analisi, Clinica privata

Poliambulatorio medico Libero professionista Altro

Via/Viale/Piazza _____

Città _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. abitazione _____ Tel. Studio _____

Cellulare _____ Fax _____

E.mail _____

BARRARE LA SCELTA DESIDERATA

[] iscrizione **SENZA CREDITI ECM**

[] iscrizione **CON CREDITI ECM** € 30,00 + Iva = € 36,60

[] Desidero prenotare il pranzo alla mensa della Università al costo di € 5 da pagarsi in sede

Il sottoscritto, che richiede i crediti ECM, provvederà a versare quota di iscrizione al Convegno:

Tramite

- bonifico bancario intestato a **Università Popolare Accademia Internazionale Nutrizione Clinica**
IBAN IT57 H 05696 03207 000007676X20 ed a trasmettere ricevuta di versamento, unitamente al
presente modulo, al numero di fax 0644265772

Dati per l'emissione della fattura:

Nome/ragione sociale _____

Indirizzo completo _____

Cod. Fisc. _____ P.iva _____

N.B. IMPORTANTE SI PREGA COMUNICARE EVENTUALI DISDETTE DI ISCRIZIONE

Prendo atto che I dati personali richiesti saranno utilizzati dalla Ass. U.P.A.I.Nu.C. s.r.l. solo per gli scopi di questo corso ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Giugno 2003.

In fede
