



SOCIETA' ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

SCHEDA DI ISCRIZIONE
2° CONGRESSO REGIONALE SIMG
Cagliari - Hotel Mediterraneo, 22-23 ottobre 2010

Da inviare a SARDINIA COCS SRL
via N. Sauro 5 - 09123 Cagliari
Fax. 070.2081558 email. sardiniacocs@tiscali.it

SOCIO SIMG SOCIO SIMG NON SOCIO MEDICO IN FORMAZIONE
(con ricevuta al socio) (pagamento da terzi)

NOME _____

COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PV _____

ENTE/IDT/OSP. DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____

DATI PER L'EMISSIONE FATTURA

INTESTAZIONE FATTURA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PV _____

P.IVA/CF _____

QUOTE D'ISCRIZIONE (IVA inclusa)

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Socio SIMG con ricevuta al Socio | € 100,00 |
| <input type="checkbox"/> Socio SIMG pagamento da terzi | € 300,00 |
| <input type="checkbox"/> NON Socio SIMG | € 360,00 |
| <input type="checkbox"/> Medico in formazione | € 100,00 |

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA IN REGIME DI BB

Desidero prenotare:

n. _____ camera DUS € 85,00 camera doppia € 120,00

Arrivo (IN) _____/10/2010 Partenza (OUT) _____/10/2010

n. _____ Diritti di prenotazione € 15,00 per persona = _____

RIEPILOGO PAGAMENTI

Quota di iscrizione € _____

Hotel € _____

Diritti di prenotazione € _____

TOTALE € _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Assegno bancario di Euro _____

Bonifico bancario di Euro _____
(Allego copia del bonifico)

DATA _____ FIRMA _____