

# MODULO DI ISCRIZIONE

## DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO: ANDARE OLTRE LE DEFINIZIONI

Dalla diagnosi alla terapia in un'ottica evolutiva

**23 novembre 2024**

Milano – Ospedale San Raffaele Padiglione B - Via Olgettina 60

### DATI PERSONALI

COGNOME	NOME
C.F.	
COMUNE	
C.A.P.	PROVINCIA
VIA	N°
TEL	E-MAIL
QUALIFICA	

### PROFILO PROFESSIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA       DIPENDENTE       AZIENDA/ENTE

### DATI NECESSARI PER OTTENERE I CREDITI E.C.M.

LUOGO DI NASCITA E PROVINCIA		
DATA DI NASCITA		
TITOLO DI STUDIO		
ISCRIZIONE ORDINE/ALBO:	NR.	PROV.

### FATTURAZIONE INTETSTATA A:

PERSONA FISICA SENZA PARTITA IVA       PERSONA FISICA CON PARTITA IVA       ENTE

### DATI PER LA FATTURAZIONE

COGNOME NOME / ENTE		
C.F.	PARTITA IVA	
CODICE UNIVOCO		
COMUNE	C.A.P.	PROVINCIA
VIA		N°
TEL	E-MAIL	

### QUOTA DI ISCRIZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO

€ 95,00 PER PROFESSIONISTI  
 € 75,00 PER STUDENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
 GRATUITO PER GENITORI

### PAGAMENTO DA EFFETTUARE TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTETSTATO A:

**ASSOCIAZIONE MONTE TABOR BANCA POPOLARE DI SONDRIO**

**IBAN: IT86G0569601600000024306X89**

SI PREGA DI INVIARE COPIA DEL BONIFICO CONTESTUALMENTE ALL'ISCRIZIONE

ALLA MAIL [INFONPI@AMTMEDICA.IT](mailto:INFONPI@AMTMEDICA.IT)

DATA ..... FIRMA .....