



EUROCCCLUSION – ITALIA
ASSOCIAZIONE MEDICO SCIENTIFICA
www.eurooclusion.it

MODULO DI ISCRIZIONE

desidero iscrivermi al seguente corso:

- IL TRATTAMENTO ORTOGNATODONTICO IN RELAZIONE ALLA DINAMICA CRANIO FACCIALE SECONDO LA TECNICA MEAW DEL PROF. S. SATO
Dott. Ivan Lendaro*
- EARLY ORTHOPEDIC TREATMENT: the art to treat children before the age of 6
Dott.ssa Deshayes*

Nome e Cognome _____

Via/V.le/P.zza _____ n° _____

Città _____ Pv _____ CAP _____

Telefono _____ E-Mail _____

Intestazione fattura

Ragione sociale _____

Indirizzo completo: _____

Partita IVA _____

- Consento al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 della Legge 196/2003

Allego copia bonifico bancario di

Corso MEAW: acconto di 1000€ per il corso di ortodonzia+ quota associativa di euro 100,00 (cento)*

Corso Dott.ssa Desahies: 1300,00€

Intestato ad Eurooclusion Italia

Causale: iscrizione corso (indicare quale)

IBAN: IT54 V033 5901 6001 0000 0070 643

*la quota associativa è dovuta solo da chi non è in regola con l'iscrizione per l'anno 2016

Dichiaro di aver letto ed accettato le modalità di pagamento e di disdetta



Firma _____



Da inviare a info@eurooclusion.it o via fax al n° 035 250 594