

## *Intestazione fattura*

Cognome e Nome o eventuale Ditta .....

Indirizzo.....

Via.....

Cap ..... Città.....

Provincia .....

Cod. Fisc. ....

P. IVA (se in possesso) .....

Per i Partecipanti ammessi la quota di iscrizione è di € 50,00 I.V.A. compresa.

### *Modalità di pagamento*

- Assegno bancario** non trasferibile da inviare con lettera raccomandata intestato alla Scuola di Colposcopia e MTS di Ascoli Piceno - Via Vecchi 19 - 63100 Ascoli Piceno
- Bonifico bancario** intestato alla Scuola di Colposcopia e MTS di Ascoli Piceno presso CARISAP di Ascoli Piceno c/c 21304-7 ABI 6080-6 CAB 13501-2
- Vaglia Postale** intestato alla Scuola di Colposcopia e MTS, Via Vecchi 19 - 63100 Ascoli Piceno

**Essendo il Convegno a numero limitato di partecipanti, prima di effettuare il versamento pregasi contattare la Segreteria Organizzativa per accertare la disponibilità dei posti.**

La presente scheda di partecipazione costituisce il solo titolo di iscrizione al convegno e dovrà pervenire con allegata fotocopia del pagamento al fax 075.5722232 entro l' **8 Giugno 2007**.

Sono stati richiesti crediti ECM per la categoria medici al Ministero della Salute.