



SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ @ _____

DATI ANAGRAFICI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

(obbligatorio ai sensi del Decreto Legge Bersani 248/06)

Partita IVA _____

(obbligatoria se esistente)

Codice Univoco (in assenza inserire mail PEC) _____

Mi iscrivo al Corso Annuale SidP per Odontoiatri in qualità di

Socio SidP in regola con il pagamento della quota associativa 2023 € 3.800 IVA inclusa

Non Socio SidP € 4.300 IVA inclusa

La **quota di iscrizione** comprende:

- la partecipazione all'intero percorso formativo,
- i coffee-break e i pranzi,
- l'attestato di partecipazione,
- i materiali e gli strumenti per le esercitazioni pratiche
- i crediti formati ECM alla conclusione delle pratiche previste.

