

7° CONGRESSO DI TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

Compilare in stampatello leggibile e spedire,
unitamente al pagamento, a: **SELENE Srl**
Via Medici, 23 - 10143 TORINO - Fax 0117499576

NOMINATIVO

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

NATO A _____ IL _____

VIA

CITTÀ

CAP _____ PROV. _____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL

QUALIFICA PROFESSIONALE

DISCIPLINA

Dipendente *Convenzionato* *Libero professionista*

PROFILO LAVORATIVO

ISTITUTO/OSPEDALE

RIEPILOGO

Quota di iscrizione Euro _____

Cena Sociale Euro _____

Desidero partecipare alla visita (gratuita)
alla Sacra Sindone: SÌ NO

Privacy (D.L. 196/2003)

SELENE Srl La informa che i Suoi dati saranno trattati in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e potranno essere trasmessi alle funzioni interne o esterne competenti per espletare le procedure organizzative, amministrative o contabili. Per prendere visione dell'informativa completa sulla privacy, si prega di consultare il sito: www.seleneweb.com

7° CONGRESSO DI TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA

Compilare e spedire entro il **24 aprile 2015** a:
SELENE Srl
Via Medici, 23 - 10143 TORINO - Fax 0117499576

HOTEL PRESCELTO

ARRIVO

PARTENZA

Singola Doppia uso Singola Doppia

HOTEL	SING.	DUS	DBL
BW PLUS Executive ****	—	169,00	189,00
Starhotel Majestic ****	159,00	167,00	187,00
Du Parc Contemporary Suites	150,00	—	180,00
Hotel Continental ***	86,00	110,00	128,00

Le tariffe sono comprensive di pernottamento e prima colazione. La tassa di soggiorno per gli hotel **** è di euro 3,20 a persona al giorno, mentre per gli hotel *** è di euro 2,30 a persona al giorno. È richiesto un deposito cauzionale pari a una notte nell'hotel prescelto, o in alternativa gli estremi della carta di credito a garanzia.

La Segreteria è a disposizione per eventuali suggerimenti per B&B in zona e in centro città.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Allego assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SELENE Srl**

Allego ricevuta bonifico bancario effettuato su **SELENE Srl** - Coordinate bancarie:
IBAN IT02 N030 6901 0481 0000 0062 675

Carta di Credito: VISA MASTERCARD CVV _____

N° CARTA

SCADENZA

TITOLARE

DATA DI NASCITA

FIRMA TITOLARE