

## FORM ISCRIZIONE

Si prega di compilare la scheda in STAMPATELLO, in OGNI SUA PARTE ed inviarla alla Segreteria Organizzativa via e-mail a ► [costanza.calamai@eve-lab.it](mailto:costanza.calamai@eve-lab.it)

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

MAIL PEC \_\_\_\_\_

CODICE DESTINATARIO \_\_\_\_\_



Desidero iscrivermi, in qualità di medico-odontoiatra, al percorso formativo **CHIRURGIA PLASTICA PARODONTALE E RIGENERATIVA SU DENTI E IMPIANTI** | 9ª edizione che si terrà a **PADOVA** da **Ottobre** a **Dicembre 2023**

PAGAMENTO

### QUOTA INTERA

Unica soluzione € 4.514,00 (IVA incl.)

*oppure*

**Acconto** all'iscrizione € 1.830,00 (IVA incl.)

**saldo** entro l'inizio del corso € 2.684,00 (IVA incl.)

### QUOTA AGEVOLATA *ex corsista*

Unica soluzione € 4.148,00 (IVA incl.)

*oppure*

**Acconto** all'iscrizione € 1.830,00 (IVA incl.)

**saldo** entro l'inizio del corso € 2.318,00 (IVA incl.)

Bonifico intestato a:

**EVE-LAB FORMAZIONE Srls**

INTESA SAN PAOLO

IBAN: IT24T03069380131000000004790

CAUSALE: *Nome + Cognome\_Corso Cairo PD 2023*

*data* \_\_\_\_\_

*firma* \_\_\_\_\_

