



 <b>Socrate Medical</b> DIAGNOSTIC IMAGING SERVICE PROVIDER	 <b>Modulo di iscrizione al corso di Riproduzione Bovina Ginecologia e Riproduzione Diagnostica Ecografica</b>	 <b>Docente del corso Dott. Roberto Landriscina</b>
---	---	--

## **Modulo Iscrizione**

Si prega di compilare il form in tutti i campi ed inviare via E-mail : [info@socratemedical.it](mailto:info@socratemedical.it) o tramite fax: 02-45863801, alla Segreteria Organizzativa.

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

### **Il pagamento va effettuato entro e non oltre lunedì 11 ottobre 2010.**

Sono previsti 10 partecipanti e l'accettazione avverrà in base all'ordine di iscrizione.

Per ogni ulteriore informazione : Socrate Medical – Tel. 02 45862412

### **QUOTA DI ISCRIZIONE**

- 500 Euro + IVA 20% (La quota si riferisce alle due giornate)

La quota di iscrizione comprende :

- Frequenza del corso
- Materiale didattico
- Attestato di partecipazione
- Coffee-break e pranzo a buffet

### **MODALITA' DI PAGAMENTO**

Mediante versamento sul c.c. intestato a : Socrate Medical s.r.l. – CREDITO BERGAMASCO

IBAN IT43 0 0333633400000000020509

Causale : Iscrizione al : " Corso Riproduzione Bovina "

Con la presente confermo la mia partecipazione al Corso di Riproduzione Bovina in Medicina Veterinaria, che avrà luogo Sabato 16 Ottobre e Domenica 17 Ottobre presso Azienda nel cremonese.

Timbro e Firma : \_\_\_\_\_