

 **Socrate Medical**  
DIAGNOSTIC IMAGING SERVICE PROVIDER

 Modulo di iscrizione per partecipare alla  
Giornata dedicata alla "Riproduzione equina"  
ECOGRAFIA IN GRAVIDANZA

 Docente del corso  
Dott. Cesare Rognoni

## **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 8 novembre 2010.**

Sono previsti 30 partecipanti e l'accettazione avverrà in base all'ordine di iscrizione.

Per ogni ulteriore informazione : [Socrate Medical – Tel. 02 45862412](tel:0245862412)

### **QUOTA DI ISCRIZIONE**

- 100 Euro + IVA 20%

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 Equina "

Con la presente confermo la mia partecipazione al Corso di Riproduzione Equina in Medicina Veterinaria, che avrà luogo Domenica 14 Novembre presso la Clinica veterinaria Equicenter in Strada Statale 195 Km230- inverno e Monteleone (Pavia).

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