



## SCHEDA DI ADESIONE PER IL CORSO REFRESH

Corso del: \_\_\_\_\_  
(indicare la data di inizio del corso)

**NOMINATIVO** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_ / \_\_ / \_\_

**ANNO DI LAUREA** \_\_\_\_\_ **SPECIALIZZAZIONE** \_\_\_\_\_ **ANNO** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA**

---

**OSPEDALE o ENTE di APPARTENENZA** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO ABITAZIONE** o dove si vuole ricevere la Card dall'American College of Surgeons di Chicago:

Via \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

N° Telefono \_\_\_\_\_ eventuale N° FAX \_\_\_\_\_

**QUOTA DI ISCRIZIONE: Euro 450,00**

Imponibile	Euro	375,00
Aliquota 20 %	Euro	75,00
Corrispettivo IVA inclusa	Euro	450,00

Le aziende Ospedaliere e gli Enti Pubblici sono esenti IVA, per cui il versamento è di Euro 375,00

Il pagamento deve essere effettuato tramite bonifico bancario a:

**ASSOCIAZIONE FORMAZIONE TRAUMA**

Via Napo Torriani, 10 – Milano

Banca: **CREDITO COOPERATIVO di CARATE BRIANZA**

Via Napo Torriani, 7 – Milano

ABI: 08440

CAB: 01601

Codice di riferimento individuale banca – cliente: c/c n° 200289/81

Inviare la copia della ricevuta di pagamento via FAX al seguente numero: 02 – 50320348, precisando la causale del pagamento (Corso ATLS di Milano Policlinico indicare sede e date) e l'indirizzo a cui dovremo inviare il manuale ATLS e la documentazione necessaria **Il manuale ATLS con relativa documentazione verrà inviato soltanto al ricevimento del FAX che prova l'avvenuto bonifico.**