



SCHEDA DI ADESIONE PER IL CORSO A.T.L.S.

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 1.140,00

| | | |
|---------------------------|------|----------|
| Imponibile | Euro | 950,00 |
| Aliquota 20 % | Euro | 190,00 |
| Corrispettivo IVA inclusa | Euro | 1.140,00 |

Le aziende Ospedaliere e gli Enti Pubblici sono esenti IVA, per cui il versamento è di Euro 950,00

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.**