****

 ****

**IX Convegno Nazionale A.S.Me.**

 **“I Tumori eredofamiliari della mammella e dell’ovaio: Up to date in diagnosi, prevenzione, nuove tecnologie, aspetti medico legali”**

**25 - 26 Maggio 2017**

**HOTEL SCAPOLATIELLO, CAVA DE’ TIRRENI**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME\* |  |
| LUOGO e DATA DI NASCITA |  |
| INDIRIZZO\* |  |
| QUALIFICA PROFESSIONALE\* |  |
| CODICE FISCALE\* |  |
| TELEFONO e/o CELLULARE\* |  |
| EMAIL\*  |  |
| Quota Iscrizione |  **Euro 100 (cento) i.v.a. compresa****Euro 50 (cinquanta) i.v.a**. compresaper iscritti SICADS, ANISC in regola con le rette sociali( al momento dell’iscrizione comunicare il numero di tessera ed esibire copia  della ricevuta di pagamento )  |
| MODALITA’ DI PAGAMENTO ISCRIZIONE L’iscrizione all’evento sarà ritenuta valida all’ avvenuto pagamento |  Contanti alla registrazione  Bonifico intestato a **RE.AME Banca Sella IBAN IT 06 S 03268 76170 052651348820** |
| Fattura intestata a |   |
|   Soci A.S.Me. | **GRATUITO**Solo per coloro che sono in regola con le rette sociali |

|  |  |
| --- | --- |
|  **DATA** |  |
|  Autorizzo Non autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03  |
|  **FIRMA** |  |

* Dati obbligatori ai fini dell’iscrizione

**Il modulo va compilato e inviato alla segreteria organizzativa via fax 089463438**

**Oppure tramite mail reame.segreteria@gmail.com**