

**FEEDING DISORDER NELLO SPETTRO AUTISTICO E IN ALTRI
DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO**

Durata 2 giorni – 13 ore – Data di svolgimento 11 e 12 maggio 2024 ID Evento 352-418146	Sede di svolgimento STELLE HOTEL Corso meridionale, 60/62 80143 Napoli	Crediti ECM SI SOLO per logopedisti N crediti ECM 14,20
--	--	---

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Inviare a punto8formazione@gmail.com la scheda di iscrizione allegando copia del bonifico bancario ENTRO il 30 aprile. In caso di rinuncia sarà necessario trovare un sostituto .

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____

Indirizzo _____ Città _____

Cap _____ Prov _____ Tel _____ Cell _____

E-mail _____

Indirizzo P.E.C (Posta Elettronica Certificata) _____

Struttura di appartenenza _____ Qualifica Professionale _____

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESTAZIONE DELLA FATTURA ELETTRONICA:

Ragione Sociale _____

Sede _____ Città _____

Cap _____ Cod. Fisc. _____

P. IVA _____ Codice Univoco _____

L'iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa, per posta elettronica, la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte con P.IVA o Cod Fiscale

Bonifico Bancario di 280 euro IVA compresa intestato a PUNTO OTTO Srl

Coordinate Bancarie IBAN: IT72Z0569633840000005310X48

Mail: punto8formazione@gmail.com

Si informa che, ai sensi del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, i dati personali verranno raccolti dalla Segreteria Organizzativa solo ed esclusivamente per le presenti finalità di iscrizione all'evento e per le necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha la facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o la cancellazione dei propri dati rivolgendosi alla Segreteria stessa.

Dò il consenso

Luogo, Data _____

Firma _____