

CORSO PRATICO DI MICROSCOPIA SUI TUMORI CUTANEI RARI 22/03/2017

Cognome Nome.....

Nome utente (ottenuto dalla registrazione/iscrizione on-line):

QUOTA DI PARTECIPAZIONE⁽²⁾

€ 00,00 * Personale dipendente della Fondazione Policlinico

€ **82,00** * (COMPRESO bollo 2,00€)** Personale non – dipendente

Il versamento della quota di iscrizione deve avvenire entro due settimane dall'iscrizione sul portale www.policlinico.mi.it/corsi. ** **se si richiede 1 fattura per più iscrizioni il bollo va pagato una sola volta.**
Il mancato pagamento della quota di iscrizione comporta l'esclusione dal corso.

Il pagamento dovrà avvenire tramite bonifico bancario:

MODALITA' DI PAGAMENTO (per Privati)

UBI Banca S.p.A.

AGENZIA 67 Ospedale Maggiore - Via Francesco Sforza, 35 - 20122 MILANO

NUMERO CONTO: **38863**

INTESTATO A:

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA – OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO

VIA FRANCESCO SFORZA, 28 - 20122 MILANO - ATTIVITA' DI FORMAZIONE

CIN: **W** CAB: **01642** ABI: **03111** SWIFT CODE **BLOPIT22569**

IBAN: **IT 59 W 03111 01642 000 000 038863**

MODALITA' DI PAGAMENTO IN TESORERIA ENTI - (RISERVATO a pagamenti provenienti direttamente da Enti pubblici - si prega inviare dati per fattura elettronica) – NO PRIVATI

IBAN **IT33D0100003245139300306311**

PARTITA IVA **04724150968**

Specifica nella causale

ECM **0080 – 112045**

NOME E COGNOME DEL PARTECIPANTE

(1) In caso contrario non si è ufficialmente iscritti al corso e non si ha nessun diritto a parteciparvi; la quota verrà trattenuta dall'Ente fatto salvo richiesta di restituzione (vedi punto 2). (2) La quota di partecipazione può essere restituita solo dietro lettera scritta (anche E-Mail a formazione@policlinico.mi.it) che deve pervenire all'ufficio almeno 7 giorni prima della data di inizio del corso. Diversamente sarà trattenuta dall'Ente.

* (per importi superiori a € 77,47 viene aggiunto € 2,00 per imposta di BOLLO VIRTUALE - GU n.147 del 25.06.2013 DL n. 43/2013 - DPR 642/72 art.15)

FATTURA riferita alla/e quota/e di partecipazione

(da compilarsi obbligatoriamente in ogni sua parte in stampatello leggibile)

INTESTAZIONE FATTURA A Partecipante - Diverso intestatario:

COGNOME NOME.....

INDIRIZZO.....

CITTA'CAP.....

PARTITA IVA / CODICE FISCALE.....

E-MAIL per invio fattura

Inviare il presente modulo corredato di copia del bonifico bancario a

FAX allo 02 5503.8336 o e-mail caterina.puricelli@policlinico.mi.it

entro due settimane dalla data dell'iscrizione⁽¹⁾ sul portale [www.policlinico.mi.it/corsi]