



# WINTER COURSE

## Pediatric Neonatal and Urological Laparoscopy



**VAL SENALES, ITALY - MARCH 17-20, 2011**

### SCHEDA D'ISCRIZIONE

Inviare per e-mail a: [sivitaly@libero.it](mailto:sivitaly@libero.it) o Fax al: 0444/752778

Cognome.....Nome.....  
 Istituto/Ospedale.....  
 Indirizzo.....CAP.....  
 Città.....Prov.....  
 E- Mail.....Fax.....  
 Telefono.....Mobile.....

#### Dati obbligatori per attribuzione crediti formativi ECM

Nato a.....il.....  
 Codice fiscale.....  
 Professione..... Specialista in.....  
 Residenza.....N. civico.....  
 CAP.....Città.....Prov.....

#### Quote di iscrizione

**30 Euro**  Prima del 25 settembre 2010      **100 Euro**  Dopo il 26 settembre 2010

#### Modalità di pagamento

**Assegno bancario** non trasferibile intestato a  
 Società Italiana di Videochirurgia Infantile  
 UNICREDIT BANCA DI ROMA  
 FILIALE BARI-EINAUDI  
 IT17J0300204025000401292991  
 ( si prega di far pervenire l' assegno accompagnato dalla scheda d'iscrizione)

**Bonifico bancario** effettuato a favore di:  
 Società Italiana di Videochirurgia Infantile  
 UNICREDIT BANCA DI ROMA  
 FILIALE BARI-EINAUDI  
 IT17J0300204025000401292991

Il pagamento in contanti è previsto solo presso la Segreteria SIVI al Congresso Congiunto di Torino

Informazioni e consenso ex articoli 9,10,11 L.675/96. Il/La sottoscritto/a con firma apposta sulla presente, manifesta il proprio consenso ai sensi degli articoli 11 e 20 L. 675/96, affinché i dati che lo/la riguardano, siano oggetto di tutte le operazioni di trattamento nella lettera d) art. 1 legge citata

Data..... Firma.....