

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA ECM "LA GESTIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE CON SINDROME DA ARTO FANTASMA" TENUTO DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA NEL I SEMESTRE 2017

Al Collegio IPASVI della Provincia di Bologna- Via Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritt... ..

nat.... a il

residente in via CAP.....

a codice fiscale.....

iscritt.... all'Albo del Collegio IPASVI di dal al N°.....

in servizio presso (denominazione della struttura sanitaria / sociale o libera professione).....

tel. Lavoro tel. casa cell.

e-mail

Chiede di essere ammesso/a al corso di formazione continua

La gestione del dolore nel paziente con Sindrome da Arto Fantasma

Si ricorda che è indispensabile effettuare **la preiscrizione** ai corsi recandosi presso la segreteria del Collegio IPASVI o telefonando al n. 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 09.00-12.00, mart-gioven 14.00-17.00).

Non si accettano preiscrizioni pervenute con modalità differenti da quelle elencate.

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo **dopo il pagamento** della quota di iscrizione (**Euro 20,00**). Il versamento può essere effettuato:

1) direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio;

oppure

2) tramite bollettino di c/c postale, utilizzando il seguente numero di c/c postale:
16484404

e intestandolo al Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna;

3) tramite bonifico bancario, utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

UNICREDIT BANCA - Filiale Bologna Dante - Via Dante 1, Bologna

Paese: IT - CIN EUR: 94 - CIN: F - ABI: 02008 - CAB: 02455 - C/C: 000001597160 - Codice BIC SWIFT: UNCRITB1PM5.

e intestandolo a "Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna"

In entrambi i casi, nella causale del bollettino o del bonifico bancario, **vanno indicati chiaramente il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento (nel caso di versamento mediante bonifico, va inviata **l'effettiva ricevuta di avvenuto pagamento**, e non quella di prenotazione del suddetto) e la **scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it), debitamente compilata e firmata, devono essere inviate **entrambe** al Collegio, tramite fax, al numero 051 344267, **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

Firma _____

Data _____