

 SCHEDA DI ISCRIZIONE

 Da inviare entro il **30 luglio 2016** a:

 **PRONTO TURISMO Soc. Coop. a r. l. – via F. Verrotti, 36 – 95126 CATANIA**

**Tel./Fax 095373011 – 095377216 – e-mail:** **info@prontoturismo.it**

Prof./Dott. (*nome e cognome)* …………………………………………………………………………………………….……………………………

Istituto……………………………………………..…………. Qualifica……………………………………………..…..………………………………

Indirizzo…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cap………………………… Città……………………………………………………………………………...Prov…….………………………………..

Tel. ……………………………..…… Fax…………………………….. e-mail…………………………………………..……………………………….

 NEUROLOGO  NEUROCHIRURGO  MEDICO INTERNISTA  ANESTESISTA  CHIRURGO VASCOLARE

 TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

|  |  |
| --- | --- |
| **CORSO TEORICO PRATICO A NUMERO CHIUSO RISERVATO A 20 PARTECIPANTI:** QUOTA ISCRIZIONE | €. 250,00 |

**Allego:**   assegno bancario  copia bonifico bancario

Intestato a: **PRONTO TURISMO**

Codice IBAN**: IT 14E03069 16910 000005313659 - CIN E**

Data…………………… Firma…………………………………………