



Provider accreditato n°320



Sistema certificato  
UNI EN ISO 9001:2008  
SC 10-2467/EA 37

### Sleep Apnea and Orthodontics

Dental School

Via Nizza, 230 – Torino

5 ottobre 2019

**Da inviare a M&B s.n.c. via mail iscrizioni@mb-meeting.com**

- SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO -

Cognome .....

Nome .....

Data e luogo di nascita .....

Codice fiscale .....

Tel .....

E-mail .....

Istituto/Ente di appartenenza .....

Indirizzo Istituto Ente .....

Inquadramento Professionale:  Libero professionista  Dipendente  Convenzionato  Privo di occupazione

Discipline accreditate – indicare la propria professione e disciplina - (coloro che non rientrano tra queste discipline non avranno diritto ai crediti ECM):

**Medico chirurgo** specialista in :  Medicina generale (medici di famiglia)  Otorinolaringoiatria  Pediatria

**Odontoiatria**

**Senza crediti ECM** (specificare se Specializzandi, Disciplina non accreditata (.....))

#### QUOTA DI ISCRIZIONE

SOCI SUSO € 120

NON SOCI SUSO € 150

GRATUITA PER SPECIALIZZANDO

#### MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento della quota di iscrizione può essere effettuato mediante bonifico bancario intestato a M&B s.n.c. – IBAN IT 12 E 02008 01104 000020101255 – Causale Sleep Apnea and Orthodontics (**specificare obbligatoriamente il nome dell'iscritto al congresso**)

Si prega di allegare alla scheda di iscrizione copia dell'avvenuto bonifico.

M&B s.n.c.di Biandrino M. e C. - Provider n° 320

C.so Rosselli 123/8 -10129 Torino

Tel. +39.011.06.88.459 Fax +39.011.08.12.889

e-mail: info@mb-meeting.com www.mb-meeting.com

C.F./P.IVA 08383800011



Provider accreditato n°320



Sistema certificato  
UNI EN ISO 9001:2008  
SC 10-2467/EA 37

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

La compilazione del presente riquadro è obbligatoria.

In caso di mancata o incompleta compilazione non sarà possibile accettare l'iscrizione al corso.

o Emettere la fattura direttamente al partecipante

Cognome.....

Nome .....

Residenza: Via ..... CAP ..... Città ..... PV .....

Codice fiscale .....

P.IVA (se posseduta) .....

Codice univoco (se posseduto) .....

PEC (se posseduta) .....

Indirizzo mail a cui inviare la fattura .....

o Emettere la fattura ad ente terzo

Denominazione .....

Sede legale: Via ..... CAP ..... Città ..... PV .....

P.IVA .....

Codice univoco .....

PEC .....

Indirizzo mail a cui inviare la fattura .....

Nel rispetto delle norme sulla privacy, M&B s.n.c. informa che il Suo nominativo potrà essere trasmesso alle funzioni interne o esterne competenti per l'espletamento delle procedure organizzative, amministrative o contabili. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, secondo il Decreto Legislativo 196 del 2003 relativamente a future informazioni di carattere istituzionale e formativo di M&B s.n.c.

Data .... / ..... / ..... Firma .....

M&B s.n.c. di Biandrino M. e C. - Provider n° 320  
C.so Rosselli 123/8 -10129 Torino  
Tel. +39.011.06.88.459 Fax +39.011.08.12.889  
e-mail: info@mb-meeting.com www.mb-meeting.com  
C.F./P.IVA 08383800011