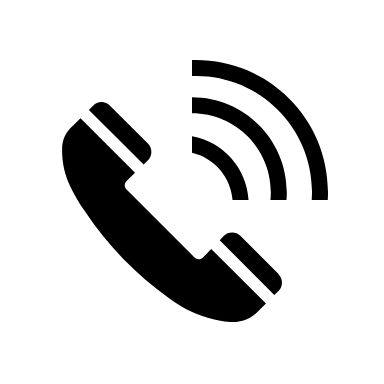
**“VALUTAZIONE E TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEL RACHIDE CERVICALE E DELL’ARTO SUPERIORE”**

BOLOGNA: 28/29 settembre 2024 – 12/13 ottobre 2024

Residence CAVAZZA – Via Arienti, 8 – 40124 Bologna -  333 6725864 - e-mail: [info@residencecavazza.it](mailto:info@residencecavazza.it)

NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_; CITTA’ DI RESIDENZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Prov(\_\_\_);

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_; CITTA’ DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Prov(\_\_\_\_\_); e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Telefono Cellulare: +39 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*lavoratore autonomo o Azienda erogatrice del pagamento: Partita iva:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NOME ATTIVITA’/AMBULATORIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_; CITTA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov(\_\_\_);

FNOFI Fisioterapisti Collegio di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OPPURE FNO TSRM-PSTRP Elenco Speciale ad Esaurimento Mft Collegio di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_.

FT non vedente o ipovedente \_\_ € 340,00 – FT vedente (**max 4**) \_\_ € 560,00 – Massoft. Non vedente o ipo \_\_ € 340,00 (**solo Iscritti Elenchi Speciali**)

CANALI DI PAGAMENTO – – IBAN Bancario UniCredit: IT 35 J 02008 05181 000400164414 - BIC/SWIFT: UNCRITM1B44 ; IBAN Poste Italiane IT 15 H 07601 03200 000034340000 - BIC/SWIFT: BPPIITRRXXX ; Canale Elettronico PayPal: [pagamentipaypal@irifor.eu](mailto:pagamentipaypal@irifor.eu)

***CAUSALE****:* **Corso FT 2024** – rata unica / Rateizzata in due: **Corso FT 2024 – Prima Rata** (entro il 31/05/24), **Corso 2024 – Seconda Rata** (entro il 05/09/24)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(COPIA DEL BONIFICO E LA SCHEDA SONO DA INVIARE A** [collo.mano24@irifor.eu](mailto:collo.mano24@irifor.eu)

Le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell’ambito di ECM (Educazione Continua Medicina) e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider e IRIFOR Sede Centrale , ai sensi dell’ex art. 13 Reg UE 2016/679 a tutela della privacy. Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_