



## IV Corso Residenziale per l'Odontoiatria Esperto in Disturbi Respiratori nel Sonno Bertinoro, 1 – 3 febbraio 2018

### Scheda di pre-iscrizione

**DATI ANAGRAFICI:**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Struttura di appartenere \_\_\_\_\_ Qualifica Professionale \_\_\_\_\_

Quota di partecipazione	<input type="checkbox"/>	€ 1.000,00 + iva
Quota di partecipazione - uditori	<input type="checkbox"/>	€ 500,00 + iva

Indicare di seguito: Sponsor: sì  nome ditta: \_\_\_\_\_ no

*La quota comprende: iscrizione al modulo prescelto, coffee break e pranzi  
Le quote non includono le cene e i pernottamenti*

### PERNOTTAMENTO PRESSO IL Centro Residenziale Universitario di Bertinoro:

B&B camera singola a notte	<input type="checkbox"/>	€ 52,00
B&B camera doppia a persona a notte	<input type="checkbox"/>	€ 42,00

Si prega di indicare se si necessiterà del pernottamento e per quali notti:

camera singola  doppia  con \_\_\_\_\_  
 arrivo il \_\_\_\_\_ partenza il \_\_\_\_\_

La scheda di pre-iscrizione deve essere accompagnata dal Curriculum vitae e lettera motivazionale del candidato.

**Termine per l'iscrizione: 9 gennaio 2018**

Seguirà mail di accettazione o meno al Corso con le modalità di pagamento.

Inviare la scheda via mail o fax a:



#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Ce.U.B. - Via Frangipane, 6 - 47032 Bertinoro FC

tel. 0543 446555 fax 0543 446557

Ref. Monica Michelacci

e-mail: mmichelacci@ceub.it