



ITALIAN ACADEMY OF ESTHETIC DENTISTRY

WWW.IAED.IT



VENERDÌ 7 GIUGNO / SABATO 8 GIUGNO

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO FORMAZIONE

da compilare ed inviare a l.capriotti@fasiweb.com

Cognome _____ Nome _____

PIVA _____ C.F. _____ Codice Univoco _____

Via _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. fisso _____ Tel.(cellulare) _____ E-mail _____

ISCRIZIONI

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Socio
in regola con la quota 2024 | Gratis |
| <input type="checkbox"/> | Medico odontoiatra - Odontotecnico | € 80,00 |
| <input type="checkbox"/> | Socio ANDI-AIO | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> | Specializzandi, Studenti V e IV anno* | Gratis |

*È necessario inviare attestazione di frequenza

IL PAGAMENTO PUO' ESSERE EFFETTUATO CON BONIFICO BANCARIO

Intestatario: Fasi Srl

IBAN: IT08K0306905284100000004005

Causale: Nome iscritto - TUTTI I COLORI DEL BIANCO

Non verranno prese in considerazione schede non accompagnate dal pagamento della quota di iscrizione

Data _____ Firma per accettazione _____