

CONVEGNO - FESTIVAL

Terza edizione

TERAPIE RICREATIVE & TEATRO SOCIALE

**L'UTILITA' DEL TEATRO SOCIALE COME TERAPIA
NEI PERCORSI RIABILITATIVI**

Crema, 16/17 Maggio 2008

Scheda di Iscrizione

Cognome _____

Nome _____

Professione _____

Specialità _____

C.F.

Via _____ n° _____

Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Ente di appartenenza _____

Si prega di inviare, via fax (o e-mail) la presente scheda debitamente compilata in stampatello ed accompagnata da copia del pagamento entro il **10 maggio 2008** a:

KEYWORD Europa

Via L. Mancini, 3 - 20129 Milano

Fax 02.54124871 Tel. 02.54122513-79

e-mail: keyword2@mdsnet.it

Avendo acquisito le informazioni di cui all'art. 13 ed ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/2003, autorizzo Keyword Europa srl ad inserire i miei dati nelle sue liste per finalità di aggiornamento e comunicazione didattico-scientifica. In ogni momento, a norma dell'Art. 7, potrò chiederne la modifica oppure la cancellazione.

Data Firma

QUOTA D' ISCRIZIONE

Medici, Psicologi, Infermieri e
Educatori professionali

€ 60,00 (IVA se dovuta)

La partecipazione è gratuita per i dipendenti dell'A.O.
Ospedale Maggiore di Crema.

Le iscrizioni saranno accettate fino ad esaurimento posti in
base all'ordine cronologico di arrivo dell'allegata scheda di
iscrizione, che dovrà pervenire **entro il 10 Maggio 2008** alla
Segreteria Organizzativa, accompagnata da copia
dell'avvenuto pagamento.

**Non sono previsti rimborsi in caso di annullamento
dell'iscrizione.**

Desidero pagare mediante:

Bonifico bancario (di cui invio copia allegata)
intestato a: KEYWORD Europa Srl
Banca Monte dei Paschi di Siena - Ag. 6 Milano
IT 41X0103001606000000848025

Assegno n.
Banca
intestato ed inviato a: KEYWORD Europa srl
Via Lodovico Mancini, 3 - 20129 Milano

Carta di Credito
VISA MASTERCARD EUROCARD
Le seguenti informazioni relative alla carta di credito
autorizzano l'addebito di quanto richiesto in questa scheda.

N°. della carta _____

Scadenza _____

Intestata a: _____

Intestare la fattura a:

(Ragione Sociale o Cognome e Nome)

(Indirizzo Sede Legale)

(c.a.p.)

(città)

(prov.)

P.Iva/C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data Firma