**SCHEDA DI ADESIONE**

**Study Tour in Belgio**

**Iscrizione Gratuita (riservata alle aziende iscritte al LLP)**

[Digitare una citazione tratta dal documento o il sunto di un punto di interesse. È possibile collocare la casella di testo in qualsiasi punto del documento. Utilizzare la scheda Strumenti disegno per cambiare la formattazione della citazione.]

**Iscrizione a pagamento**

* 1.000 EURO (+ IVA se dovuta)
* 850 EURO (+ IVA se dovuta) Soci ordinari (sconto del 15%)
* 750 EURO (+ IVA se dovuta) Soci sostenitori (sconto del 25%)

La quota è comprensiva di tutti i servizi segnalati nella brochure. Il pagamento della quota viene effettuato a **ricevimento della fattura** mediante bonifico bancario secondo le indicazioni descritte sulla fattura stessa.

**Azienda**

Ragione sociale ....................................................................................................................................................

Indirizzo ............................................................................................................................................

Città........................................................ Provincia............................... CAP.....................................

Tel...................................................................................... Fax .........................................................

Cod. Fisc./P. IVA ............................................................................

Codice Univoco Ufficio................................................... Codice CIG ...................................................

**Riferimenti partecipante** (per comunicazioni inerenti il programma)

Nome/Cognome....................................................................................................................................................

Tel ....................................................... Fax.........................................................................................

Cell.....................................................E-mail……………………………………………………………...

Posizione organizzativa …………………………………………………………………………………………

**Eventuale segreteria di riferimento aziendale**

Nome/Cognome....................................................................................................................................................

Tel ....................................................... Fax.......................................................................................

Cell………………………………………. E-mail……………………………………………………………

**Si prega di inviare questa scheda ENTRO IL 15 Luglio 2015 per posta o per fax al seguente recapito:**

Dott.ssa Chiara Sanvico, cerismas@unicatt.it
Segreteria Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS)
Via Necchi 7, III piano, 20123 Milano
tel. 02/72343907
fax 02/72343828

Data: ....................................................................................................................................................................

Firma del Legale Rappresentante e timbro ..........................................................................................................