



SCHEDA DI ISCRIZIONE



Compilare la scheda in STAMPATELLO ed inviarla via e-mail a marta.bartoletti@eve-lab.it

COGNOME _____	NOME _____
INDIRIZZO _____	CAP _____
CITTÀ _____	PROV. _____
TEL. _____	CELL. _____
MAIL _____	
C.F. _____	P. IVA _____
MAIL PEC _____	CODICE SDI _____

Desidero iscrivermi, in qualità di Medico Odontoiatra, al percorso formativo "CHIRURGIA PLASTICA PARODONTALE E RIGENERATIVA SU DENTI E IMPIANTI"
10^a edizione | PADOVA, Ottobre > Dicembre 2024

PAGAMENTO

QUOTA INTERA

Unica soluzione € 5.002,00 (IVA Incl.)
oppure
Acconto all'iscrizione € 1.830,00 (IVA Incl.)
Saldo entro l'inizio del corso € 3.172,00 (IVA Incl.)

QUOTA AGEVOLATA (ex corsista)

Unica soluzione € 4.636,00 (IVA Incl.)
oppure
Acconto all'iscrizione € 1.830,00 (IVA Incl.)
Saldo entro l'inizio del corso € 2.806,00 (IVA Incl.)

BONIFICO INTESTATO A:

EVE-LAB FORMAZIONE Srls
INTESA SAN PAOLO | IBAN: IT24T030693801310000004790
CAUSALE: *Nome Cognome_Corso Cairo PD 2024*



Data

Firma