

INJECTABLES

II Edizione

Metodologia dei farmaci e dispositivi iniettabili per medicina estetica

Roma, 23-24 aprile 2027



Si prega di compilare in STAMPATELLO. I campi contrassegnati con (*) sono obbligatori.

Cognome:* _____ Nome:* _____

Data di Nascita:* ____ / ____ / _____ Codice Fiscale:* _____

Luogo di Nascita:* _____ Prov: _____

Indirizzo di Residenza: _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Cellulare: _____ Email*: _____

Medico Chirurgo in:*

- ☐ Chirurgia Generale ☐ Chirurgia Maxillo-Facciale
☐ Dermatologia e Venereologia ☐ Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
☐ Medicina Generale (Medici di Medicina Generale)

Inquadramento Professionale*

- ☐ Libero professionista ☐ Convenzionato ☐ Dipendente

Sede 23 aprile

(giornata accreditata ECM)

Roma Eventi - Piazza di Spagna

Via Alibert 5A - 00187 Roma

Sede 24 aprile

(giornata NON accreditata ECM)

Studio Medico

Via Cassia 1840

QUOTA DI ISCRIZIONE

- Entro il 15/03/2027
700,00€ + IVA (22%)
- Dopo il 15/03/2027
900,00€ + IVA (22%)

La quota di iscrizione comprende la partecipazione alle attività previste nelle due giornate.

CANCELLAZIONE E RIMBORSI

- Per le rinunce/cancellazioni pervenute entro il 15 marzo 2027 sarà previsto il rimborso della quota versata al netto di eventuali spese bancarie. Dopo tale data, la quota di iscrizione non sarà rimborsabile.
- In caso di annullamento dell'evento da parte dell'Organizzazione, le quote di iscrizione versate saranno integralmente rimborsate. Restano escluse eventuali ulteriori spese sostenute direttamente dal partecipante.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Coordinate Bancarie:

Conto intestato a:

MedOn Events S.R.L.

IBAN:

IT51B0344039240000000291800

Causale:

Iscrizione Congresso INJECTABLES,
Roma 23-24 Aprile 2027,
Nome e Cognome del Partecipante.

L'iscrizione sarà considerata valida solo previo invio della presente scheda compilata, unitamente alla copia del bonifico bancario, all'indirizzo email: info@medonevents.com.

DATI PER LA FATTURAZIONE ELETTRONICA

Intestazione* _____

Indirizzo Legale* _____

Città* _____ CAP* _____

Partita IVA / C.F.* _____

Codice Destinatario (SDI)* _____

PEC* _____

Si prega di compilare in STAMPATELLO. I campi contrassegnati con () sono obbligatori*

PRIVACY E CONSENSI – Reg. UE 2016/679

Dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy di MedOn Events S.r.l., disponibile su www.medonevents.com/privacy-policy/, relativa al trattamento dei dati personali per la gestione dell'iscrizione, dell'evento e dei relativi adempimenti ECM.

☐ DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA PRIVACY

Newsletter (facoltativo):

Desidero ricevere comunicazioni relative a futuri eventi e iniziative scientifiche di MedOn Events S.r.l.

☐ ACCETTO

☐ NON ACCETTO

Luogo e Data _____

Firma _____

