



**XXXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Estetica (S.I.M.E.)**  
**VII Congresso Nazionale dell'Accademia Italiana di Medicina Anti-Aging (AIMAA)**

**18-19-20 Maggio 2012**

Centro Congressi Rome Cavalieri - The Waldorf Astoria Collection  
 Via Cadlolo 101, 00136 - Roma, Italia

**Scheda di Iscrizione al Congresso**

Cognome		Nome	
Laurea	Specializzazione	Diploma	
Via-Piazza		Cap	
Città		Stato	
Telefono		Fax	
Cellulare		E-mail	
Fatturare a:			
Via-Piazza		Cap	
Città		Stato	
Codice Fiscale		Partita IVA	

<b>Quote di Iscrizione (IVA inclusa)</b>	<b>Entro il 25.04.2012</b>	<b>Dopo il 25.04.2012</b>
<b>SOCI della SIME</b> (in regola con la quota associativa 2012) <b>SOCI</b> delle Società di Medicina Estetica aderenti all' <b>UIME</b> <b>DIPLOMATI</b> della Scuola Internazionale di Medicina Estetica – <b>FIF</b>	<b>€ 350,00</b>	<b>€ 385,00</b>
<b>NON SOCI</b>	<b>€ 415,00</b>	<b>€ 450,00</b>
<b>GIOVANI MEDICI</b> iscritti all'albo dopo il 02/01/2010 (allegare certificazioni)	<b>€ 90,00</b>	

**Modalità di Pagamento**

Allego Assegno bancario non trasferibile della Banca <b>intestato a "Editrice Salus Internazionale srl"</b> di € .....
Allego Fotocopia del Bonifico Bancario intestato <b>"Editrice Salus Internazionale srl"</b> di € ..... effettuato presso <b>UNICREDIT AG.19 ROMA IBAN: IT 74 Y 02008 05108 000004745129 CODICE SWIFT UNCRITM 1719</b>
<b>Carta di Credito VISA</b> – Numero..... (16 cifre) Codice Sicurezza CVV2..... (3 cifre) Nome Titolare ..... Data Scadenza..... Autorizzo l' <b>Editrice Salus Internazionale srl</b> ad addebitare l'importo sulla mia carta di Credito <b>Firma</b> ..... <p style="text-align: center;"><i>Le Carte Elettroniche non sono valide</i></p>

Si prega di compilare in ogni sua parte la presente scheda di iscrizione in stampatello ed inviarla alla Segreteria Organizzativa:

**EDITRICE SALUS INTERNAZIONALE srl – Viale Giuseppe Mazzini, 121 - 00195 ROMA - Telefono 06/36003462 - Fax 06/37519315**

**Non saranno considerate valide le schede non compilate in ogni parte e non accompagnate da assegno o copia del bonifico o autorizzazione d'addebito su Carta di Credito VISA.**

**In caso di rinuncia, comunicata per lettera o fax, non oltre il 25 aprile 2012, è previsto il rimborso pari al 50% dell'importo versato. Dopo il 25 aprile 2012 verrà trattenuto l'intero importo versato.**

Firma..... Data.....

Per il D.Lgs. 196/2003, La informiamo che i dati da lei forniti saranno utilizzati per l'invio di moduli associativi, congressuali e per aggiornare la nostra banca dati. Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, lei ha il diritto di essere informato sull'origine dei dati, sulle modalità e le finalità del trattamento, sui soggetti a cui i dati possono essere comunicati, nonché il diritto di rettifica, aggiornamento e cancellazione dei dati.

Tali diritti possono essere esercitati inviando un messaggio a "Salus@lamedicinaestetica.it" .

Se non desidera dare il consenso all'aggiornamento della banca dati, barri la casella qui a lato

Firma..... Data.....