

# ECM IZS ROMA 2024

## DATI PERSONALI:

Titolo (\*)

▼

Nome (\*)

Cognome (\*)

Luogo di Nascita (\*)

Provincia di Nascita (\*)

Data di Nascita (\*)

Sesso (\*) ▼

Codice Fiscale (\*)

Professione (\*)

▼

Disciplina (\*)

▼▼▼▼

Tipologia (\*)



Indirizzo (\*)

(completo di n° civico)

Comune (\*)

CAP (\*)

Provincia (\*)

Telefono (\*)

La tua email (richiesto)

Iscritto alla Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva o al SIVeMP?

SI NO

## **DATI PER L'EVENTUALE FATTURAZIONE:**

Ragione Sociale (Ente di appartenenza)

Indirizzo

(completo di n° civico)

Comune

CAP

Provincia

Codice Fiscale

**N.B.**

E' ammesso al corso solo chi é in regola con il pagamento.

Note

**Quota iscrizione**

Il corso è aperto a 100 partecipanti ed è gratuito.

**Modalità di disdetta**

Eventuali disdette dovranno essere comunicate, entro 10 giorni lavorativi antecedenti l'inizio del corso, via mail all'indirizzo [segreteria@veterinariapreventiva.it](mailto:segreteria@veterinariapreventiva.it). In caso contrario verrà trattenuta o richiesta l'intera quota di partecipazione e inviato, successivamente, il materiale didattico, ai sensi dell'Art. 1341 C.C..

**Annullamento del corso**

Qualora il corso non raggiungesse il numero minimo di iscrizione, la SIMeVeP lo comunicherà agli iscritti entro 10 giorni dalla data di inizio. Inoltre la SIMeVeP avrà l'obbligo della sola restituzione delle quote di iscrizione ricevuto, escludendosi qualsiasi tipo di rimborso per eventuali spese sostenute dall'iscritto al corso

Confermo di aver letto e di accettare l'[informativa sulla privacy](#)

Invia