

---

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare a: CONSORZIO PER VALUTAZIONI BIOLOGICHE E FARMACOLOGICHE  
Via Palestro, 26 – 27100 Pavia - Tel. 0382-25075 – Fax 0382-536544

---

### PHARMACOGENETICS TOOLS IN PAEDIATRIC RESEARCH A HIGH LEVEL TRAINING COURSE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

DATI PER LA FATTURAZIONE (nel caso di Persona/Ente/Istituto diverso dai dati sopra indicati)

Ragione sociale \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### QUOTA DI ISCRIZIONE

normale € 600 + IVA\*\*  ridotta\* € 100 + IVA

\*la quota ridotta si applica, a specializzandi, dottorandi, ricercatori o giovani laureati in discipline medico-biologiche che ne facciano richiesta.

\*\*l'IVA non è dovuta nelle condizioni previste dalla Legge espressamente dichiarate all'atto dell'iscrizione.

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota di partecipazione deve essere corrisposta al “Consorzio per Valutazioni Biologiche e Farmacologiche”, mediante:

- bonifico bancario (**SanpaoloIMI, Filiale di Pavia, Piazza Dante 1, 27100 Pavia**)  
C/C 15832 ABI 01025 CAB 11300 CIN F

### PREISCRIZIONE

L'invio del presente modulo debitamente sottoscritto vale come preiscrizione. Il versamento verrà effettuato dietro richiesta della segreteria e comunque non oltre 15 giorni prima dell'evento

Data.....

Firma.....

**Privacy** Ai sensi del DL 30 giugno 2003, n. 196 art. 13, il CVBF La informa che i dati personali saranno trattati per fini legati alla realizzazione dell'evento nonché per l'invio gratuito di documentazione relativa ad altri convegni o iniziative organizzate dal medesimo ente e non verranno in alcun modo diffusi a terzi.

Per informazioni (cancellazione, blocco, rettifica integrazione dati od opposizione al trattamento come da d. legisl. 30 giu. 2003, n. 196 art. 7) potrà in qualsiasi momento rivolgersi al CVBF.

Autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati per le finalità citate: SI NO

Data .....

Firma .....