



PALAZZO DI VARIGNANA
Castel San Pietro Terme
BOLOGNA
20 SETTEMBRE 2024

SCHEDA DI ADESIONE

La preghiamo di ritornare il presente modulo, debitamente compilato, a:
Fax 055 5059360- E-mail: sipro.protesi@gmail.com
possibilmente entro il giorno 31 luglio 2024

Odontoiatri e Studenti CLMOPD NON SOCI SIPRO o SidP

COGNOME E NOME: _____

E-mail: _____

QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 80 (IVA inclusa)

La **quota di iscrizione comprende** la partecipazione ai lavori scientifici di Venerdì 20: *mattina PILLOLE CLINICHE DI SIPRO – pomeriggio SIPRO incontra SidP*), i coffee break, il lunch, l'attestato di partecipazione.

DATI PER LA FATTURAZIONE (obbligatori)

CODICE UNIVOCO _____

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

(obbligatorio ai sensi del Decreto Legge Bersani 248/06)

Partita IVA _____

(obbligatoria se esistente)

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Palazzo di Varignana – Via Ca' Masino 611/A - Castel San Pietro Terme (BO)

TIPO DI CAMERA RICHIESTA (TARIFFE IVA 10% INCLUSA):

camera doppia uso singola _____ € 252=

camera doppia con letti separati _____ € 277=

camera matrimoniale _____ € 277=

DATA DI ARRIVO: _____ DATA DI PARTENZA: _____ NUMERO DI NOTTI: _____

Eventuali informazioni da trasmettere all'Hotel: _____
