

*Amministrazione*

*Ex Allievi Perio-IT*

**Ex Allievi  
Perio-IT**

9-10 Giugno 2023

Costo del corso per Odontoiatri:  
€ 244,00 (IVA inclusa)

Costo del corso per Igienisti:  
€ 122,00 (IVA inclusa)

Modulo di registrazione per il 15° raduno Ex Allievi Perio-IT” TO-2309  
Registrati online su [www.tangramodis.it](http://www.tangramodis.it) alla pagina “Corsi”

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice postale \_\_\_\_\_ Paese \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_ Cod Fisc \_\_\_\_\_  
Codice Univoco per la fatturazione elettronica \_\_\_\_\_

€ 244 (Odontoiatra)       € 122 (Igienista)

**Il pagamento può essere effettuato con**

**Bonifico bancario:**

Tangram-Odis srl – Banco Popolare Società Cooperativa,  
Agenzia 1 – Viale Mazzini, Firenze c/c n° 382703,  
IBAN: IT82R0503402802000000382703  
SWIFT: BAPPIT21N26

**Indicare nel bonifico: Corso TO-2309**

**Carta di credito:**

riempire anche il modulo di autorizzazione allegato

*Per favore, riempire il modulo in ogni sua parte*

– **spediscilo a: TangramOdis srl**, Via C. Botta 16 – 50136 FIRENZE

– o **invialo per fax a:** 055 241021

– o **invialo per e-mail a:** [corsi@tangramodis.it](mailto:corsi@tangramodis.it)

**TANGRAMODIS s.r.l.**

## Modulo di autorizzazione addebito con carta di credito



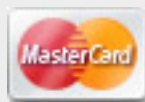
15° Raduno Ex Allievi "Perio-IT" TO-2309

Quota di Iscrizione Odontoiatri € 244,00

Quota di Iscrizione Igienisti € 122,00

Pagamento con **Carta di Credito:** modulo di autorizzazione all'addebito

VISA  MasterCard  Diners  Altro \_\_\_\_\_



*non si accetta American Express*

N° Carta \_\_\_\_\_

Codice di sicurezza \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo titolare carta: Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Autorizzo **TangramOdis srl** ad addebitare sulla mia carta di credito la somma di

€ \_\_\_\_\_ per l'iscrizione al **15° Raduno Ex Allievi Perio-IT**

\_\_\_\_\_  
Firma di autorizzazione

\_\_\_\_\_  
Data

Dati del Partecipante: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Si prega di inviare questo modulo debitamente compilato in stampatello alla  
Segreteria Organizzativa **via fax al n. 055 241021**

*Sarà cura della Segreteria, inviare la fattura relativa al pagamento effettuato.*