



**SOCIETÀ ITALIANA  
PER LO STUDIO  
DELL'ARTERIOSCLEROSI**

**Incontri mediterranei di nutrizione,  
metabolismo e malattie cardiovascolari**  
Catanzaro 6 Maggio 2010 • Vibo Valentia 7/8 Maggio 2010

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**ATTENZIONE!** La scheda deve essere compilata in tutti i campi.  
Le schede non debitamente compilate non verranno prese in considerazione.

**DATI ANAGRAFICI**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
 C.A.P. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**QUOTE DI PARTECIPAZIONE E PAGAMENTO\***

Descrizione	Euro/persona
<input type="checkbox"/> Soci S.I.S.A.	Gratuita
<input type="checkbox"/> Non Soci S.I.S.A.	180,00

\* Tutte le quote si intendono IVA 20% inclusa

- Vi invio l'assegno n. \_\_\_\_\_ della Banca \_\_\_\_\_ di Euro \_\_\_\_\_ intestato a: Aristeo Roma s.r.l.
- Vi invio copia del bonifico bancario di Euro \_\_\_\_\_ sul c/c della Banca Popolare di Novara  
 Agenzia 6 di Roma - IBAN IT06 H 05608 03206 000000020075 - intestato a: Aristeo Roma s.r.l.
- Vi prego di voler addebitare l'importo di Euro \_\_\_\_\_ sulla mia carta di credito:
- VISA     Mastercard     American Express

NUMERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CODICE CWV (\*) | | | | | DATA DI SCADENZA | | | | |

(\*) Il Codice CWV (Customer Verification Value) è il numero a 3 cifre (per VISA, Master Card) o 4 cifre (per American Express) che si trova sul retro della carta subito dopo il numero della stessa carta di credito.

TITOLARE DELLA CARTA (in stampatello) \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**WORKSHOP IN PARALLELO - 7 Maggio 2010**

Il numero dei posti disponibili per ogni singolo workshop è limitato e verrà assegnato in base alle priorità di arrivo delle richieste. Si prega pertanto di indicare la propria preferenza (non vincolante) alla partecipazione ad una delle seguenti sessioni:

- AULA A** - Dosaggio lipoproteine con metodo lipoprint \_\_\_\_\_
- AULA B** - Bioimpedenziometria \_\_\_\_\_
- AULA C** - Spessore medio-intimale \_\_\_\_\_

**ALTRE INFORMAZIONI**

Ho presentato un abstract:     SÌ     NO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si informa che i dati da Lei forniti verranno trattati da Aristeo Roma s.r.l. per le procedure relative all'iscrizione al Congresso, nonché per l'invio di documentazione relativa ad altre iniziative organizzate dal Gruppo Aristeo, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche.

**Spedire a: ARISTEA ROMA • Via Lima, 31 - 00198 Roma • Fax 06 84543700**