

SCHEDA DI REGISTRAZIONE



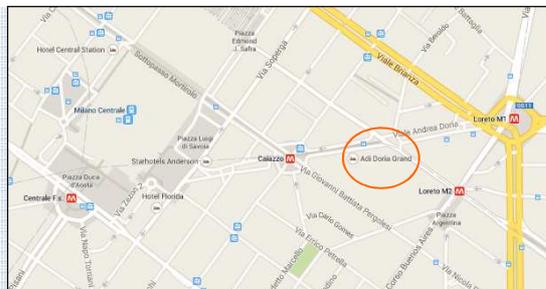
Corso "Sistema Qualità per Farmacovigilanza"

SEDE

**ADI Grand Hotel Doria
Sala Archi**
viale A. Doria, 22 20124 Milano
raggiungibile in pochi minuti da:

- Metro Linea 2 fermata **Caiazza**,
- Metro Linea 1 fermata **Loreto**,
- **Stazione Centrale**

possibilità di parcheggio presso l'Hotel a pagamento.
Seguiranno per i partecipanti info dettagliate per raggiungere l'Hotel Doria.



DATA e DURATA

Mercoledì 14 Ottobre 2015
8:50 Registrazione; 9:00 – 17:30 Svolgimento Corso

QUOTA di PARTECIPAZIONE

- € 600,00 + IVA per partecipante
 - € 480,00 + IVA per ogni partecipante in più della stessa azienda
- La quota di iscrizione comprende attestato di partecipazione, materiale didattico, coffee break e colazione di lavoro.

MODALITA' d'ISCRIZIONE e PAGAMENTO

Inviare la scheda di registrazione
(reperibile sul sito
www.duealiconsulting.eu)
compilata a:
info@duealiconsulting.com

Entro il 5 ottobre 2015 inviare la scheda d'iscrizione compilata a info@duealiconsulting.com.

Dueali consulting accetta le iscrizioni fino ad esaurimento posti e, in ogni caso, darà comunicazione di conferma via e-mail.

Ricevuta conferma dell'iscrizione da parte di Dueali consulting, **prima dell'evento**, effettuare il versamento della quota di partecipazione tramite Bonifico Bancario intestato a:

Dueali Consulting srl
c/o Banca Popolare di Lodi Agenzia 8 Via Venezia,50 43122 Parma PR
Codice IBAN: IT08M050341270800000003126
specificando titolo, data dell'evento e nome-cognome del partecipante.

MODALITA' di DISDETTA

Eventuali rinunce anteriori al 7° giorno dalla data dell'evento daranno diritto al rimborso del 50% della quota versata; rinunce successive non daranno diritto ad alcun rimborso. In ogni caso sarà possibile sostituire l'iscritto con un altro nominativo della stessa azienda.

SOSPENSIONE o RINVIO

Dueali consulting si riserva il diritto di sospendere o rinviare l'evento nel qual caso è previsto il rimborso della quota di iscrizione già versata.

DATI PARTECIPANTE

Cognome e Nome
Funzione Aziendale
E-mail
Telefono/Mobile

DATI FATTURAZIONE

Ragione Sociale Azienda
Indirizzo / CAP / Città
P.IVA
Codice Fiscale
