



Accademia di medicina e chirurgia biorigenerativa

MODULO DI ISCRIZIONE

INTERNATIONAL CONGRESS ROME 2026 MAY 29-30 - LA MEDICINA BIORIGENERATIVA – L'ACCADEMIA DEL NUOVO SAPERE

DATI PERSONALI

- **Cognome:** _____ **Nome:** _____
- **Luogo di Nascita:** _____ **Data:** _____
- **Codice Fiscale:** _____
- **Qualifica/Professione:** _____
- **Ente/Azienda di appartenenza:** _____
- **Indirizzo (via/piazza):** _____ **Città:** _____
- **CAP:** _____ **Provincia:** _____
- **Email:** _____
- **Telefono/Cellulare:** _____

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

- Partecipante (non ECM)
- Partecipante ECM (Professione: _____ Disciplina: _____)
- Relatore/Moderatore
- Studente/Specializzando (previa presentazione certificato)

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

- Richiesta fattura intestata a: _____
- P.IVA/C.F. per fatturazione: _____
- Eventuali intolleranze/allergie alimentari (per coffee break/pranzo):

PRIVACY E TRATTAMENTO DATI

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Data: // _____ **Firma:** _____

Quota di iscrizione Medico Chirurgo, Fisioterapisti e altre professioni sanitarie: 100,00 €
(la quota comprende l'iscrizione all'Accademia Biori per l'anno 2026)

IBAN: IT43T0538714500000003158507

Specializzandi, iscrizione gratuita