

## Il test antidroga sul lavoro: una visione europea

### Drug testing at the workplace: a European perspective

MILANO – 17-18 giugno 2010  
Palazzo dei Congressi della Provincia di Milano

da inviare entro **lunedì 7 giugno 2010** via fax al n. 031 751525 a Segreteria Organizzativa  
EXPOPOINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031 748814 - Fax 031 751525 - info@expo point.it

#### ■ DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Tel. Ente \_\_\_\_\_

INTESTAZIONE FATTURA

(da compilare obbligatoriamente se i dati della fattura sono diversi da quelli personali)

Azienda/Ente/Ospedale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

specificare se esente IVA  SÌ  NO

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

#### ■ ISCRIZIONE

Quota di iscrizione: Euro 90,00 (+ IVA 20% se dovuta)  
comprende: Kit congressuale - attestato di partecipazione -  
attestato ECM con assegnazione crediti formativi per gli aventi diritto - coffee break e lunch \_\_\_\_\_

#### ■ MODALITÀ DI PAGAMENTO

Allego copia dell'avvenuto pagamento della quota d'iscrizione effettuato tramite:

- assegno bancario (non trasferibile) intestato a Expo Point sas
  - bonifico bancario a favore di Expo Point sas: cod. IBAN IT96 B056 9651 0900 0000 3270 X63 Banca Popolare di Sondrio  
Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090
  - bollettino c/c postale n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) - causale: EUROCONFERENZA Milano 2010
  - bonifico postale su n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) - causale: EUROCONFERENZA Milano 2010
  - carta di credito - circuito:  CartaSi -  VISA -  Eurocard -  Mastercard: n. carta: \_\_\_\_\_ codice autorizz. CV2
- intestata a \_\_\_\_\_ scadenza...../...../20.... firma \_\_\_\_\_ (obbligatoria)

(per il pagamento con carta di credito verrà addebitata una commissione pari al 3,5% sull'importo dovuto)

data \_\_\_/\_\_\_/2010

firma \_\_\_\_\_

Si autorizza EXPO POINT a trattare i dati indicati nella presente scheda