



MODULO RICHIESTA MANUALE DI ACCREDITAMENTO AIOCC

RICHIEDENTE

Nome _____

Cognome _____

Cellulare _____

e-mail _____

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ente/Ospedale/Università _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ PV _____

P. IVA e Codice Fiscale _____

Persona di riferimento _____

Tel. _____

e-mail _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Versamento pari a € 200,00 (duecento/00) a mezzo bonifico bancario intestato a:
A.I.O.C.C. Associazione Italiana Oncologia Cervico Cefalica
BANCO DESIO Filiale Torino Cibrario 322
IBAN IT65Z0344001002000000254700
CAUSALE: "Manuale accreditamento AIOCC"

Si precisa che tale importo, in caso di attivazione del processo di audit, sarà detratto dal costo della certificazione.