

## CORSO TEORICO PRATICO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE IN TEMA DI DIRITTO FALLIMENTARE

**SCHEDA DI ADESIONE** da trasmettersi, **unitamente alla copia del pagamento**,  
al fax n. **030/3771876** o via e-mail a **segreteria@progedi.it**

DATI PARTECIPANTE	
Cognome e Nome _____	
Iscritto/a all'Albo _____ della provincia di _____ al nr. (se previsto) _____	
Codice Fiscale _____	
Tel. _____ Fax _____	
E-Mail _____	

**CREDITI FORMATIVI:** La partecipazione vale l'attribuzione di **3 crediti formativi per ciascun incontro** per avvocati, dottori commercialisti ed esperti contabili e consulenti del lavoro. Al termine del Corso la Fondazione provvederà a comunicare ai rispettivi Ordini di appartenenza le ore complessive di partecipazione. Su richiesta verranno rilasciati attestati di partecipazione condizionati alla presenza a più di metà del Corso.

**DELEGHE:** In caso di impossibilità a partecipare è consentito delegare un collega o collaboratore di studio, previa comunicazione alla segreteria.

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE

€ 250 + iva per un totale di € **300,00**

€ 125 + iva per un totale di € **150,00** riservata ai neo iscritti all'albo (dopo l'1/1/2011)

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

Trasmettere copia **BONIFICO BANCARIO** effettuato a favore della Fondazione Bresciana:  
Iban **IT08 M 05728 11296 851570001090** nella causale specificare "Corso fallimento" oltre al nome del partecipante

DATI INTESTAZIONE FATTURA (dati obbligatori)	
Ragione Sociale _____	
_____	
Indirizzo _____	
Cap _____ Città _____ Prov. _____	
Partita Iva _____	Codice Fiscale _____

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_