

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Spedire o inviare via fax a: **Iniziative Sanitarie srl**

Viale di Val Fiorita 86 - 00144 Roma - Tel. 065919418 - Fax 065912007 - eventi@iniziativesanitarie.it

7° CONVEGNO NAZIONALE SULLE SALE OPERATORIE



Sale operatorie: il luogo delle scelte difficili. Appropriatelyzza, sostenibilità, tracciabilità

20-21-22 OTTOBRE 2010

Atahotel Villa Pamphili, Via della Nocetta 105 - Roma

Cognome

Nome

*Luogo e data di nascita

*Codice fiscale

*Professione

*Disciplina

Indirizzo abitazione

Città Cap Prov

Tel. Cell

**e-mail

Ente di appartenenza

Servizio

Qualifica

Indirizzo sede di lavoro

Città Cap Prov

Tel. Fax

e-mail

**Dati essenziali ai fini dell'accreditamento ECM*

***Si raccomanda l'inserimento corretto dell'e-mail per le comunicazioni inerenti la partecipazione al Congresso*

QUOTE DI ISCRIZIONE

	SOCI ANMDO, AICO, ANPO, SIAIS	NON SOCI ANMDO, AICO, ANPO, SIAIS	INFERMIERI, SPECIALIZZANDI
Entro il 30 luglio 2010:	<input type="checkbox"/> € 120,00 + IVA (€ 144,00)	<input type="checkbox"/> € 190,00 + IVA (€ 228,00)	<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA (€ 96,00)
Dopo il 30 luglio 2010 o in sede di Convegno:	<input type="checkbox"/> € 150,00 + IVA (€ 180,00)	<input type="checkbox"/> € 220,00 + IVA (€ 264,00)	<input type="checkbox"/> € 100,00 + IVA (€ 120,00)
Quota giornaliera	<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA (€ 96,00)	<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA (€ 96,00)	<input type="checkbox"/> € 80,00 + IVA (€ 96,00)

LE QUOTE SI INTENDONO AL NETTO DI OGNI SPESA

L'ISCRIZIONE COMPRENDE

Partecipazione ai lavori, Kit Congressuale, Attestati di partecipazione, Crediti Ecm, Coffee Break e lunch previsti dal programma.

LA RICEVUTA/FATTURA DEVE ESSERE INTESTATA A: (da compilare se diverso dall'iscritto)

Indicare l'Ente o il nome e cognome _____

Indirizzo _____

Città _____ Cap _____ Prov _____

Partita IVA _____

Codice fiscale _____

e inviata all'attenzione di _____

e-mail _____

RISERVATO AI SOLI ENTI PUBBLICI

Richiesta di esenzione IVA (art. 14 comma 10 L. 24/12/93 n. 537)

Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nell'apposito spazio. Non sono fiscalmente riconosciute richieste senza timbro.

Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA

L'ISCRIZIONE SARÀ VALIDA SOLO SE ACCOMPAGNATA DALL'ATTESTAZIONE DI AVVENUTO PAGAMENTO DELLA QUOTA

CONDIZIONI

1. L'iscrizione si intende valida solo se accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento della quota.
2. La quota dovuta è quella prevista alla data del pagamento e si intende al netto di ogni spesa.
3. La quota Ridotta è riservata ai Soci ANMDO in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno 2010 (allegare attestazione di pagamento). In ogni altro caso la quota dovuta è quella Intera.
4. In caso di disdetta della partecipazione, comunicata entro il 15 settembre 2010 con raccomandata AR indirizzata a Iniziative Sanitarie Srl (V.le di Val Fiorita, 86 - 00144 Roma), è possibile il rimborso del 50% della quota di iscrizione al Congresso già versata. Dopo tale data non sarà riconosciuto più alcun rimborso.
5. Per ogni controversia sarà competente il Foro di Roma.
6. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Iniziative Sanitarie srl informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate per le finalità connesse alla partecipazione al Congresso. I dati forniti a Iniziative Sanitarie non verranno comunicati ad altri soggetti. Il titolare del trattamento dei dati è Iniziative Sanitarie srl che ha sede in Roma, Viale di Val Fiorita, 86. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a Iniziative Sanitarie srl per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.
7. Iniziative Sanitarie desidera tenerla aggiornata sulle proprie attività, formative o editoriali. Qualora non desidera ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative La preghiamo di barrare la casella qui accanto

Data _____

Firma _____

(Per specifica accettazione delle Condizioni punti 1,2,3,4,5,6,7)

MODALITÀ DI PAGAMENTO (ALLEGARE ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO)

Bonifico bancario su c/c intestato a: Iniziative Sanitarie srl - Banco di Brescia IBAN IT 90 R 03500 03212 0000 00015570

Addebito di € _____ su carta di credito: VISA MASTERCARD CARTASÌ

N. Carta _____

scadenza _____ / _____ Intestata a _____ N. Codice di sicurezza _____

(Per VISA e MASTERCARD le ultime 3 cifre stampate sul retro della carta di credito)

Il sottoscritto autorizza Iniziative Sanitarie ad addebitare l'importo sopra indicato.

Data _____

Firma _____