

Corso pre-congressuale della Scuola SIMEU di Formazione - Roma: 9 Novembre 2011
V Congresso Regionale SIMEU Lazio - Roma: 10 Novembre 2011
I° Congresso Intersocietario Regionale SIMEU- SIS 118 - Roma: 11 e 12 Novembre 2011

SCHEDA DI ISCRIZIONE (tutti i campi sono obbligatori)

Da ritornare alla Segreteria Organizzativa **entro il 16 OTTOBRE 2011:**

Full Day S.r.l. – Via La Spezia 67 – 00182 Roma

Fax 06 7010905 / Tel. 06 7028181 - Email fullday@fullday.com

NOME _____ COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale _____

ENTE DI APPARTENENZA e DIPARTIMENTO

TEL. _____ CELL. _____

FAX _____ Email _____ @ _____

E' stato richiesto al Ministero della Salute l'accreditamento ECM per:

MEDICO

INFERMIERE

Per i medici si prega indicare la disciplina di riferimento:

() Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza () Cardiologia

() Chirurgia Generale () Chirurgia maxillo-facciale () Chirurgia toracica () Chirurgia vascolare

() Ematologia () Geriatria () Malattie infettive () Medicina Interna () Ortopedia e
traumatologia

INDIRIZZO per intestazione ed invio fattura:

VIA/PIAZZA _____ N. _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV _____

Partita IVA _____

Dichiaro di non essere in possesso di Partita Iva

Corso pre-congressuale della Scuola SIMEU di Formazione - Roma: 9 Novembre 2011
V Congresso Regionale SIMEU Lazio - Roma: 10 Novembre 2011
I° Congresso Intersocietario Regionale SIMEU- SIS 118 - Roma: 11 e 12 Novembre 2011

ISCRIZIONE AL CONGRESSO (si prega specificare la propria posizione)

Iscrizione gratuita Socio SIMEU Socio SIS 118

Quota di partecipazione a carico di ASL e Aziende Ospedaliere

(timbro azienda) _____

Quota di partecipazione a carico del partecipante

Quota di partecipazione per i partecipanti non iscritti alla SIMEU o al SIS 118:

	9 e 10 Novembre	11 e 12 Novembre	9, 10, 11 e 12 Novembre
MEDICI	€ 100,00	€ 150,00	€ 220,00
INFERMIERI	€ 50,00	€ 80,00	€ 100,00

ISCRIZIONI A CARICO DI ASL E AZIENDE OSPEDALIERE

In caso di richiesta di emissione fattura nei confronti di enti esenti IVA, quali ad esempio ASL o Aziende Ospedaliere, il partecipante dovrà farne richiesta al momento dell'invio della scheda di iscrizione (barrando l'apposita casella e inserendo il timbro e dati di fatturazione dell'azienda) ed effettuare il pagamento contestualmente all'invio della scheda. Qualora L'ASL o A.O. non riuscisse a fornire al partecipante copia dell'avvenuto pagamento da allegare alla scheda di iscrizione, quest'ultimo dovrà anticiparne la quota. Sarà comunque emessa fattura quietanzata intestata secondo quanto riportato sulla scheda di iscrizione da parte del partecipante.

A conferma della richiesta di iscrizione si allega ricevuta della rimessa bancaria a saldo della quota di iscrizione dovuta a favore di Full Day S.r.l. – Via La Spezia 67 – 00182 Roma - UNICREDIT Banca Spa – Ag. 707 Via Taranto B - c/c 2455448 – intestato a Full Day Srl – ABI 02008 – CAB 05206 - IBAN IT 55 U 02008 05206 000002455448 – Non saranno considerate eventuali schede sprovviste del pagamento della quota.

A norma e per gli effetti del D.LGS 196/2003 autorizzo il trattamento dei dati personali e/o sensibili che a seguito della presente sottoscrizione Vi dovessero essere necessari ai fini dell'espletamento del mandato ricevuto. Per maggiori informazioni www.garanteprivacy.it

Firma: _____

Data _____