


**VI CONGRESSO TRIVENETO SIMEU - 25 NOVEMBRE 2015**  
**CORSI-PRECONGRESSUALI 24 NOVEMBRE 2015**  
**SAVOIA EXCELSIOR PALACE - TRIESTE**

Compilare la scheda in ogni sua parte, in modo leggibile, indicando, mediante le caselle da barrare, le attività che si intendono seguire. Il numero dei partecipanti ammessi per ogni singola attività sono indicati nei programmi specifici. Le iscrizioni saranno accettate in base alla data di arrivo delle schede e fino al massimo previsto. **La pre-iscrizione è obbligatoria ENTRO la data del 20 Novembre 2015.** Inviare la scheda compilata, unitamente a copia del pagamento alla Segreteria Organizzativa a mezzo fax al numero 0432 507533 o via e-mail: [info@mdstudiocongressi.com](mailto:info@mdstudiocongressi.com). Le conferme saranno inviate UNICAMENTE a MEZZO E-MAIL: si prega pertanto di segnalarne una nell'apposito spazio.

SOCIO SIMEU nr. .... Sezione regionale (FVG, VEN-TAA, altro) .....  NON SOCIO SIMEU

Cognome ..... Nome .....

INFERMIERE  INFERMIERE PEDIATRICO

MEDICO CHIRURGO Specializzazione .....  MEDICO Specializzando in .....

STUDENTE CdL in Medicina e/o Scienze Infermieristiche Università ..... Anno .....

CORSO 1  CORSO 2  CORSO 3  CORSO 4  CORSO 5  CORSO 6  CORSO 7

TUTTO IL CONGRESSO (Sessione Plenaria +  Sessione Parallela I oppure  Sessione Parallela 2)

SOLO SESSIONE PLENARIA  SOLO SESSIONE PARALLELA I  SOLO SESSIONE PARALLELA 2

**PRENOTAZIONE ALBERGHIERA (presso Savoia Excelsior Palace)**

Richiedo la prenotazione di

Camera singola  Camera doppia  Camera tripla

Data di arrivo ...../...../2015 Data di partenza ...../...../2015 Numero notti .....

se in camera doppia/tripla indicare l'abbinamento richiesto nello spazio sottostante:

Partecipante 2: Cognome ..... Nome .....

Partecipante 3: Cognome ..... Nome .....

**Dati personali (campi obbligatori):**

Profilo professionale attuale (barrare la casella di interesse):

Dipendente  Convenzionato SSN  Libero profess. in ambito sanitario  Senza occupazione

Luogo di nascita (Città e Prov.) ..... Data di nascita .....

Codice fiscale .....

Iscrizione Ordine dei Medici/Collegio IPASVI: Nr. .... Prov. ....

**Indirizzo completo (personale e per invio attestato ECM - campi obbligatori):**

Via/Piazza, ecc. ....

CAP / Città / Prov. ....

Tel.: ..... Fax: ..... Cell.: .....

E-mail (necessaria per la riconferma dell'iscrizione): .....

**Sede di lavoro:**

Ospedale / Altro .....

Unità Operativa ..... Ruolo .....

Indirizzo ..... CAP / Città / Prov. ....

Tel.: ..... Fax: ..... Cell.: .....

Data ..... Firma .....

**INFORMATIVA PER LA TUTELA DEI DATI PERSONALI**

Con la presente informiamo che ai sensi del DLgs. 196/03, i dati personali ottenuti verranno trattati da MD STUDIO CONGRESSI DI DELLAPIETRA MARINA & MORETTI SARA S.N.C., titolare del trattamento, con sede legale a Udine in Via Roma, 8. Il Responsabile è individuato nella persona di Dellapietra Marina. Il trattamento sarà effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi elettronici ed in ogni momento l'interessato potrà esercitare i suoi diritti di ottenere informazioni o di opporsi nei confronti del titolare del trattamento, come specificato dall'art. 7. Ulteriori notizie sulla presente informativa, ai sensi dell'art. 13, sono consultabili presso il sito [www.mdstudiocongressi.com](http://www.mdstudiocongressi.com). Acconsento MD STUDIO CONGRESSI SNC a trattare i dati che mi riguardano affinché possa inviarmi materiale informativo inerente unicamente eventi formativi attinenti alla mia professione organizzati dalla stessa.

Data ..... Firma .....

## RIEPILOGO QUOTE E MODALITÀ DI PAGAMENTO

### QUOTE VI CONGRESSO TRIVENETO SIMEU

#### INFERMIERI / INFERMIERI PEDIATRICI

Soci SIMEU Euro 40,00

NON soci SIMEU Euro 80,00

#### MEDICI (specialisti)

Soci SIMEU Euro 60,00

NON Soci SIMEU Euro 120,00

#### MEDICI (specializzandi)

(disponibili 20 posti - altri su richiesta in base alla disponibilità)

Soci SIMEU Euro 50,00

NON Soci SIMEU Euro 100,00

#### Studenti in Medicina e CdL in Scienze Infermieristiche

(disponibili 10 posti - altri su richiesta in base alla disponibilità)

Euro 30,00

**TOTALE DA PAGARE**

Euro .....

### QUOTE DI ISCRIZIONE CORSI PRE-CONGRESSUALI MEDICI E INFERMIERI

CORSO 1 (C1)

Soci SIMEU Euro 120,00

NON soci SIMEU Euro 180,00

Euro .....

CORSO 2 (C2)

Soci SIMEU Euro 120,00

NON soci SIMEU Euro 180,00

Euro .....

CORSO 3 (C3)

Soci SIMEU Euro 150,00

NON soci SIMEU Euro 200,00

Euro .....

CORSO 4 (C4)

Soci SIMEU Euro 80,00

NON soci SIMEU Euro 110,00

Euro .....

CORSO 5 (C5)

Soci SIMEU Euro 60,00

NON soci SIMEU Euro 90,00

Euro .....

CORSO 6 (C6)

Soci SIMEU Euro 60,00

NON soci SIMEU Euro 90,00

Euro .....

CORSO 7 (C7)

Soci SIMEU Euro 60,00

NON soci SIMEU Euro 90,00

Euro .....

Camera SINGOLA (B/B) Euro 125,00/notte

per nr. notti.....

Euro .....

Camera DOPPIA (B/B) Euro 70,00/notte/persona

per nr. notti.....

Euro .....

Camera TRIPLA (B/B) Euro 55,00/notte/persona

per nr. notti.....

Euro .....

### TOTALE PAGAMENTO

**EURO .....**

Le quote d'iscrizione al Congresso includono: partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break e colazione di lavoro, accreditamento ECM, attestato di partecipazione, IVA 22%.

Le quote d'iscrizione ai Corsi includono: partecipazione ad I dei Corsi previsti, kit congressuale, coffee break, accreditamento ECM, attestato di partecipazione, IVA 22%.

Le quote d'iscrizione al Congresso e ai Corsi NON includono: quanto non indicato alla voce "le quote di iscrizione includono".

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario: POSTE ITALIA SPA - IBAN: IT20X0760112300000036744555

Intestato a: md studio congressi Snc - Via Roma, 8 - 33100 UDINE

Causale: Cognome e Nome partecipante - VI CONGRESSO TRIVENETO SIMEU 2015

Bollettino postale: Conto Corrente Postale numero 36744555

Intestato a: md studio congressi Snc - Via Roma, 8 - 33100 UDINE

Causale: Cognome e Nome partecipante - VI CONGRESSO TRIVENETO SIMEU 2015

### DATI FISCALI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA

Ricevuta intestata a .....

Domicilio fiscale.....

Indirizzo.....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

C.F. .... P. IVA .....

### UNA VOLTA EMESSA, LA FATTURA NON POTRÀ ESSERE MODIFICATA

Se la fattura dovrà essere intestata all'AZIENDA SANITARIA di appartenenza il partecipante deve comunicare alla Segreteria Organizzativa il numero di telefono e il nome della persona incaricata in Azienda della gestione della pratica, nonché inviare unitamente alla scheda di iscrizione la lettera di autorizzazione qualora già disponibile.

### CANCELLAZIONI E RIMBORSI

In caso di cancellazioni pervenute unitamente agli estremi bancari necessari per effettuare il versamento alla Segreteria mediante comunicazione scritta, entro il 20/11/2015, l'importo della quota di iscrizione e della prenotazione alberghiera sarà rimborsato trattenendo Euro 10,00 a titolo di spese di segreteria. Dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Inoltre non saranno rimborsate quote di iscrizione non usufruite, per le quali non sia pervenuta la relativa rinuncia entro i termini stabiliti. In qualsiasi momento è comunque possibile sostituire il nominativo dell'iscritto, ma non la fattura una volta emessa. I rimborsi verranno effettuati dopo la conclusione dell'evento.