

Inviare la scheda d'iscrizione, debitamente compilata (stampatello), tramite mail a segreteria@eventiecongressi.net o a tramite fax **080.2209268**, unitamente alla copia di pagamento

SCHEDA PERSONALE**Cagliari 12 -13 Dicembre 2016 (Ospedale Santissima Trinità)**

Cognome * _____ Nome * _____

Luogo e data di nascita* _____ Codice fiscale * _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Cell.* _____ Fax. _____

e-mail* _____

Professione* _____ Disciplina* _____

* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

DATI OBBLIGATORI PER EMISSIONE FATTURA

Intestazione _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

RISERVATO ALLE SOLE AZIENDE OSPEDALIERE: Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 20 D.P.R. 633/72) Gli Enti Pubblici esenti IVA sul pagamento della quota d'iscrizione dei loro dipendenti devono farne specifica richiesta barrando e apponendo il proprio timbro nello spazio di seguito riportato.

 Timbro dell'Ente che fa richiesta di esenzione IVA**QUOTA D'ISCRIZIONE € 1.000,00 + IVA 22% (€ 1.220,00)**

Comprende:

- Partecipazione al corso Hands on
- Attestato di frequenza
- Certificato ECM
- Kit congressuale
- 2 Colazioni di lavoro
- Coffee break
- 1 cena sociale

N.B.: Coloro che necessitano della sistemazione alberghiera possono rivolgersi alla segreteria organizzativa.

MODALITA' DI PAGAMENTO BONIFICO BANCARIO

- **Intestare a:** E&C Srl - Via Gabetto, 8 - 80026 Casoria (NA)
- **IBAN :** IT 92 W 0542439841 00000 1000 574 - **Codice BIC/SWIFT:** BPBAIT3B

Informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196": I dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento automatico e manuale, al fine di documentare la partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting, Manifestazioni in genere e a trattamenti derivanti dagli atti di legge. Essi saranno comunicati secondo le prescrizioni di Legge

Data _____

Firma _____