

7° MAMMI MEETING

Cagliari, 26-27-28 Gennaio 2020 – RADIOLOGIA P.O. S.S. Trinità

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 D'ISCRIZIONE

Cognome* _____ Nome* _____

Codice fiscale* _____

Data di Nascita* _____ Luogo di nascita* _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Cell.* _____ Fax. _____

e-mail* _____

Professione _____ Disciplina _____

* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

Dati OBBLIGATORI per l'emissione della 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 _____

QUOTE D'ISCRIZIONE PER 3 GIORNI

La quota comprende: Kit congressuale, Attestato di partecipazione, Attestato ECM, Partecipazione ai 3 gg di corso compreso la sessione Hands on, Coffee Break e Colazioni di lavoro.

- SOCIO SIRM €. 450,00 + IVA (€. 549,00)
 NO SOCIO SIRM €. 750,00 + IVA (€. 915,00)
 SPECIALIZZANDO €. 500,00 + IVA (€. 610,00)

MODALITÀ DI PAGAMENTO: BONIFICO BANCARIO intestato a E&C srl - Via G. Gabetto, 8 - 80026 Casoria (NA)
IT 92 W 0542439841 00000 1000 574 (Codice BIC/SWIFT: BPBAIT3B)

Informativa ai sensi del "GDPR UE 2016/679": I dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting, Manifestazioni in genere e a trattamenti derivanti da obblighi di legge. Essi saranno comunicati secondo le prescrizioni della Legge in vigore

Data _____

FIRMA _____

7° MAMMI MEETING SATELLITE SYMPOSIUM

Cagliari, 27-28 Gennaio 2020 – RADIOLOGIA P.O. S.S. Trinità

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 D'ISCRIZIONE

Cognome* _____ Nome* _____

Codice fiscale* _____

Data di Nascita* _____ Luogo di nascita* _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Cell.* _____ Fax. _____

e-mail* _____

Professione _____ Disciplina _____

* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

Dati OBBLIGATORI per l'emissione della 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 _____

QUOTE D'ISCRIZIONE PER 3 GIORNI

La quota comprende: Kit congressuale, Attestato di partecipazione, Attestato ECM, Partecipazione ai 3 gg di corso compreso la sessione Hands on, Coffee Break e Colazioni di lavoro.

TECNICI ED INFERMIERI €. 350,00 + IVA (€. 427,00)

MODALITÀ DI PAGAMENTO: BONIFICO BANCARIO intestato a E&C srl - Via G. Gabetto, 8 - 80026 Casoria (NA)

IT 92 W 0542439841 00000 1000 574 (Codice BIC/SWIFT: BPBAIT3B)

Informativa ai sensi del "GDPR UE 2016/679": I dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting, Manifestazioni in genere e a trattamenti derivanti da obblighi di legge. Essi saranno comunicati secondo le prescrizioni della Legge in vigore

Data _____

FIRMA _____