



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 14 -15 Dicembre 2015 (Ospedale Santissima Trinità)

Cognome * _____ Nome * _____

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
- Kit congressuale
- Colazioni di lavoro
- Coffee break
- 1 cena sociale

COSTI SISTEMAZIONE ALBERGHIERA

- **SOLO HOTEL :**
 - 1 camera dus € 95,00 a notte + € 25,00 fee agenzia (IVA INCLUSA)
 - 1 camera doppia € 130,00 a notte + € 25,00 fee agenzia (IVA INCLUSA)

- **TRANSFER SU RICHIESTA (COSTI AGGIUNTIVI)**

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 obblighi di legge. Essi saranno comunicati secondo le prescrizioni di Legge

Data _____

Firma _____