



**Le nuove frontiere
dell'assistenza riabilitativa cardio-respiratoria:
best evidence
e approcci assistenziali interprofessionali**

AUDITORIUM "ILARIO ROATTA"
c/o VILLA FIORITA
via Ponte Vecchio
Sant'Agata de' Goti (BN)

15 – 16 – 29 - 30 maggio – 13 giugno 2015

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

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome* _____
Nome* _____
Codice fiscale _____
Indirizzo privato _____
Cap _____ Città _____ Provincia _____
Tel. Priv _____ Cell.* _____ Fax. _____
e-mail* _____
Professione _____ Disciplina _____
Iscrizione Albo Professionale/Collegio _____ n. _____

* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori

OBBLIGATORIO PER TUTTI I PARTECIPANTI

Intestare la Fattura a _____
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

COSTI DI PARTECIPAZIONE AL CONVEGNO

Quota d'iscrizione	€150,00 (+ IVA 22%)
--------------------	---------------------

La quota comprende:

- iscrizione al Corso (5 giornate formative);
- Kit congressuale;
- Attestato di partecipazione;
- Attestato ECM.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO

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

PRIVACY

Informativa ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196": I dati personali fornitici 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 di Legge

DATA _____

FIRMA _____