

9° NEUROMEETING Napoli, 16-17 Maggio 2017
HOTEL ROYAL CONTINENTAL

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* _____
Luogo di nascita* _____ Data di nascita* _____
Codice fiscale _____
Indirizzo privato _____
Cap _____ Città _____ Provincia _____
Tel. Priv _____ Cell.* _____ Fax. _____
e-mail* _____
Professione _____ Disciplina _____

* 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 per medico strutturato	€ 244,00 (IVA inclusa)
quota d'iscrizione per medico specializzando	€ 122,00 (IVA inclusa)

La quota comprende:

- iscrizione al Corso; Kit congressuale;
- Attestato di partecipazione; - Certificato ECM;
- Colazione di lavoro

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 _____

