

Scheda di iscrizione e prenotazione alberghiera

Congresso Annuale AIDNID Associazione Italiana Diagnostica Non Invasiva in Dermatologia

Torino, 12 – 14 marzo 2015



Da restituire alla Segreteria Organizzativa entro il **30 gennaio 2015**
THE OFFICE, via San Nicolò 14 – 34121 TRIESTE tel 040 368343 int. 15 - fax 040 368808, mail aidnid@theoffice.it

L'evento è stato accreditato ECM; i crediti saranno assegnati soltanto a coloro che avranno compiuto l'intero percorso formativo.
Ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM, la compilazione dei dati anagrafici (segnati in **grassetto**) E' OBBLIGATORIA

Sig./Sig.ra Dott./Dott.ssa Prof./Prof.ssa

Cognome

Nome

Cellulare

Professioni

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

Discipline

chirurgia plastica e ricostruttiva

chirurgia generale

dermatologia e venereologia

ginecologia

oncologia

otorinolaringoiatria

pediatria

pediatria di libera scelta

radiodiagnostica

reumatologia

specializzando (non avente diritto ai crediti)

altro (non avente diritto ai crediti)

Dipendente

Convenzionato

Libero Professionista

Privo di occupazione

Luogo di nascita

Data di nascita

Codice Fiscale

Iscritto all'Ordine/Collegio/ASS. prof.li num.

della provincia di

Istituto/Ente di appartenenza

Indirizzo (ente)

CAP

Città

Prov.

Telefono Istituto/Ente

Fax

E-mail

Indirizzo di residenza

n. civico



CAP _____

Città _____

Prov. _____

Telefono abitazione _____

Fax _____

E-mail _____

Indicare eventuale azienda sponsorizzatrice (reclutamento diretto) _____
 (Si rammenta che è acquisibile mediante reclutamento diretto - riferito esclusivamente alle quote di iscrizione - al massimo 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento)

QUOTE DI ISCRIZIONE - BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE

	Importo
<input type="checkbox"/> Quota Congresso	€ 414,80 (€ 340,00 + IVA 22%)
<input type="checkbox"/> Quota Specializzandi	€ 146,40 (€ 120,00 + IVA 22%)

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA (+ diritti di prenotazione € 14,64)

Desidero prenotare	N.	Stanza doppia uso singola	N.	Camera Doppia
Data di arrivo		Data di partenza		Numero notti
HOTEL	Camera Doppia uso singola		Camera Doppia	
4 stelle (200 mt dalla sede congressuale)	€ 105,00+ IVA=128,10		€ 115,00+ IVA=140,30	

Si richiede il pagamento dell'intero periodo di prenotazione corrispondente alle due notti entro e non oltre il 30 gennaio. Alla richiesta, vanno aggiunti i diritti di prenotazione pari a € 14,64

NOTE:

Le schede pervenute non accompagnate dal relativo pagamento saranno considerate nulle.
 1) Tutti i pagamenti si intendono al netto di eventuali spese bancarie.
 2) Non si accettano iscrizioni o prenotazioni telefoniche.
 3) Le cifre indicate si intendono per stanza per notte, si riferiscono a stanze con bagno/doccia e comprendono la prima colazione.

La tassa di soggiorno dovrà essere pagata direttamente in albergo.
 4) Al ricevimento del pagamento delle due notti, verrà inviato a ciascun partecipante un voucher indicante i dati dell'albergo e gli estremi della prenotazione effettuata.
 5) *the office* provvederà ad emettere la fattura per i servizi richiesti.
 6) Per arrivi dopo le ore 20.00, si prega di avvisare direttamente l'albergo.
 7) In caso di mancato arrivo, l'albergo si riserva il diritto di rivendere la stanza il giorno successivo.

TOTALE PAGAMENTI (riportare gli importi di ogni sezione e indicare il metodo di pagamento prescelto)

Quota di iscrizione	€	
Caparra alberghiera	€	
Diritti di prenotazione (da aggiungere solo in caso di prenotazione alberghiera)	€	14,64
TOTALE	€	

Accludo fotocopia del bonifico di Euro _____ (al netto di spese bancarie) da me effettuato sul c/c n° 000101867672

intestato a "the office srl", presso UniCredit Banca
 Codice IBAN IT69F0200802230000101867672

Il pagamento sarà effettuato dall'azienda

Nome della persona di riferimento _____ Contatto telefonico / e-mail _____

Dati per l'intestazione della fattura se diversi da quelli personali (*):

.....

C.Fiscale.....

P.IVA.....

(*) N.B.: La mancata compilazione dei dati per la fatturazione non consentirà di fornire al partecipante un'attestazione di pagamento.
- Se la fattura va intestata alla persona è necessario l'indirizzo di residenza ed il relativo codice fiscale e partita IVA;
- se invece va intestata al Dipartimento/Istituto/Azienda sono necessari l'indirizzo dell'Ente ed il relativo codice fiscale/p. IVA***
Il compilante si assume la responsabilità per i dati forniti.

*** I soggetti che appartengono ad Enti Pubblici possono richiedere il pagamento della quota di iscrizione in esenzione IVA. La quota in esenzione Iva sarà concessa solo a fronte dell'invio da parte dell'Ente pubblico di appartenenza del modulo attestante che la partecipazione al Congresso AIDNID è relativa ad iniziative d'aggiornamento e pertanto come previsto dall'art. 14 comma 10 della Legge 537 del 24.12.1993, risulta essere esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1 n. 20 del D.P.R. 633/72.

Il modulo può essere scaricato direttamente dal sito o richiesto alla Segreteria Organizzativa e rispedito alla stessa via fax (040 368808) entro 10 giorni dall'iscrizione.

CANCELLAZIONI

Saranno accettate solo le cancellazioni pervenute a *the office* srl per iscritto con le seguenti modalità:

Quota e albergo:

fino al **14 febbraio 2015** penale del 20% per spese di segreteria

dopo il **14 febbraio 2015** non verrà effettuato alcun rimborso

Tutti i rimborsi verranno effettuati a fine manifestazione.

Data _____

Firma _____

Informativa Ai sensi del D. Lgs. 196/03 si informa che il trattamento dei dati personali forniti è necessario per eseguire organizzazione di congressi, eventi e servizi linguistici; la mancata comunicazione comporta l'impossibilità di svolgere correttamente il trattamento. Il trattamento avverrà presso THE OFFICE SRL, via San Nicolò 14, Trieste, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate. I dati potranno essere comunicati ad altre società o enti pubblici per il conseguimento delle medesime finalità; dei dati potranno venire a conoscenza gli incaricati del trattamento. Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 rivolgersi al Titolare: THE OFFICE SRL, via San Nicolò 14, TRIESTE

Ho letto e accetto l' Informativa sulla privacy

Esprimo il consenso ed autorizzo il trattamento dei dati personali
anche ai fini dell'invio di successivi inviti ad altri eventi di analoga natura

SI / NO

Esprimo il consenso ed autorizzo il trattamento dei dati personali sensibili
(a titolo esemplificativo ma non esaustivo: menu personalizzati, assistenza in aeroporto)

SI / NO

Data _____

Firma _____