

Scheda di iscrizione

Corso di Alta Formazione e Aggiornamento Professionale

PSICOLOGIA IN ONCOLOGIA PEDIATRICA

Da restituire entro il 20 dicembre 2014 alla Segreteria Organizzativa

The Office s.r.l.- via San Nicolò 14, 34121 Trieste – tel. 040 368343 int. 1+32 - fax 040 368808 e-mail corsopsiconcologiapediatrica@theoffice.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE (una per ogni partecipante)

L'evento è accreditato ECM; i crediti saranno assegnati soltanto a coloro che avranno compiuto l'intero percorso formativo previsto.
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 _____

Professione	<input type="checkbox"/> Psicologo	Disciplina	<input type="checkbox"/> Psicologia (Psicologo)	<input type="checkbox"/> specializzando * <input type="checkbox"/> altro* (specificare) _____
	<input type="checkbox"/> Medico chirurgo		<input type="checkbox"/> Psicoterapia (Psicologo)	
	<input type="checkbox"/> Infermiere		<input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medico)	
	<input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico		<input type="checkbox"/> Pediatria (Medico)	
			<input type="checkbox"/> Pediatria di Libera Scelta (Medico)	<i>*(non avente diritto ai crediti)</i>

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 _____

QUOTA DI ISCRIZIONE*

QUOTA PSICOLOGI

€ 700,00 (€ 573,77 + IVA 22%)

QUOTA ALTRE FIGURE PROFESSIONALI (medico di medicina generale, pediatra, infermiere)

€ 500,00 (€ 409,84 + IVA 22%)

*La quota di iscrizione comprende: partecipazione alle sedute scientifiche, materiale didattico, attestato di partecipazione

Il corso sarà attuato solo al raggiungimento di almeno 10 iscrizioni di psicologi/psicoterapeuti.

** 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 all'evento "AGMEN: Corso di Alta Formazione e Aggiornamento Professionale – Psicologia in Oncologia Pediatrica" è relativa ad iniziative d'aggiornamento e pertanto come previsto dall'art. 14 comma 10 della Legge 347 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 richiesto alla Segreteria Organizzativa. Copia del modulo compilato dovrà pervenire a mezzo fax (040 368808) alla Segreteria Organizzativa entro 10 giorni dall'iscrizione (MOD086).

CANCELLAZIONI

Saranno accettate solo le cancellazioni pervenute a the office srl per iscritto a mezzo email corsopsiconcologiapediatrica@theoffice.it o a mezzo fax 040 368808 entro il 20 dicembre 2014. Dopo tale data, in caso di cancellazioni è prevista la penale del 50%.

Tutti i rimborsi verranno effettuati a fine manifestazione

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento della quota d'iscrizione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa entro il 20 dicembre 2014

- ✓ tramite bonifico sul conto corrente
intestato a The Office srl
numero conto corrente 1018676/72
banca UniCredit – Sede di Trieste
indirizzo Via Cassa di Risparmio10 – Trieste
IBAN IT69F0200802230000101867672

Specificando come ragione del pagamento:
nome/cognome/iscrizione Corso Alta Formazione AGMEN FVG
si prega di allegare alla presente copia dell'avvenuto pagamento.

Dati per l'intestazione della fattura (*):

Ragione sociale _____
Indirizzo, CAP, Città _____
P. IVA _____
Codice fiscale _____

La fattura verrà spedita esclusivamente mezzo posta elettronica

- (*) 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/o 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.

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

Esprimo il consenso ed autorizzo il trattamento dei dati personali anche ai fini dell'invio di successivi inviti ad altri eventi di analoga natura. sì no

Esprimo il consenso ed autorizzo il trattamento dei dati personali sensibili (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: menu personalizzati, assistenza in aeroporto). sì no

Data

Firma
