

Scheda di iscrizione e prenotazione alberghiera

**Corso Teorico-Pratico di Alta Formazione sulle Neuropatie Periferiche
Modulo Neuropatie delle piccole fibre**

Da restituire entro il 16 settembre 2015 alla Segreteria Organizzativa

The Office s.r.l.- via San Nicolò 14, 34121 Trieste – tel. 040 368343 - fax 040 368808 e-mail asnpaltaformazione@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="radio"/> Medico chirurgo	Disciplina	<input type="radio"/> Neurologia	<input type="radio"/> specializzando * <input type="radio"/> altro* (specificare)
			<input type="radio"/> Neurofisiopatologia	
			<input type="radio"/> Medicina fisica e riabilitazione	
			<input type="radio"/> Endocrinologia	
			<input type="radio"/> Anestesia e rianimazione	

*(non avente diritto ai crediti)

Dipendente

Convenzionato

Libero Professionista

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*	€ 1.464,00 (€ 1.200,00 + IVA 22%)
*La quota di iscrizione comprende: materiale didattico, alloggio e cena finale	

** 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 "ASNP: Corso di Alta Formazione sulle Neuropatie Periferiche" 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).

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Desidero prenotare N. _____ Stanza doppia uso singola N. _____ Stanza doppia
con data di arrivo _____ e data di partenza _____ Numero notti _____

Note relative alla prenotazione alberghiera:

- 1) Periodo di pernottamento previsto dal 22 al 27 novembre (5 notti)
- 2) Per arrivi dopo le ore 20.00, si prega di avvisare direttamente l'albergo
- 3) In caso di mancato arrivo, l'albergo si riserva il diritto di rivendere la stanza il giorno successivo.
- 4) In caso di modifiche della prenotazione:
 - a) fino a 2 giorni prima dell'inizio manifestazione contattare la segreteria organizzativa
 - b) dal giorno prima dell'inizio e durante i giorni della manifestazione, si prega di comunicarle direttamente all'albergo

CANCELLAZIONI

Saranno accettate solo le cancellazioni pervenute a the office srl per iscritto a mezzo email asnपालाformazione@theoffice.it o a mezzo fax 040 368808 con le seguenti modalità:

fino al 16 settembre 2015 penale del 20% per spese di segreteria

dopo il 16 settembre 2015 non verrà effettuato alcun rimborso

Tutti i rimborsi verranno effettuati a fine manifestazione

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento della quota d'iscrizione dovrà pervenire alla Segreteria Organizzativa entro il **16 settembre 2015**

Bank Account 000101696129
Name The Office s.r.l.
Bank UniCredit Banca
Address Via Cassa di Risparmio 10 (07030) - Trieste
Bank Reference IBAN CODE IT32S0200802230000101696129
CODE SWIFT BIC UNCRITM10PA

Specificando come ragione del pagamento:

nome/cognome/iscrizione Corso Alta Formazione ASNP

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