



MODULO DI ISCRIZIONE

2° Congresso Nazionale SIAATIP

Ancona, 23-24-25 maggio 2013

Si prega di compilare e inviare il presente modulo alla Segreteria Organizzativa per fax o email:

Tel. 071/2071411 Fax. 071/2075629 – registration@congedior.it – www.congedior.it

Nome _____
 Cognome _____
 Codice Fiscale _____
 Indirizzo _____
 Città _____ Prov. _____ CAP _____
 Tel _____ Cell _____
 Email _____
 Pec (posta elettronica certificata) _____

Profilo Professionale ☐ Medico ☐ Infermiere ☐ Ostetrica/o
☐ Tecnico Sanitario di Radiologia Medica ☐ Specializzando/Studente

Disciplina _____

Organizzazione/Ente/Istituzione di appartenenza _____

Ruolo ☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐ Libero Professionista

Quote di iscrizione Sessione Plenaria

	Entro il 15/03/13	Entro il 15/05/13	In sede congressuale
• Medico	☐ € 200,00 + IVA (€ 242,00)	☐ € 300,00 + IVA (€ 363,00)	☐ € 350,00 + IVA (€ 423,50)
• Infermiere	☐ € 90,00 + IVA (€ 108,90)	☐ € 130,00 + IVA (€ 157,30)	☐ € 180,00 + IVA (€ 217,80)
• Ostetrica/o	☐ € 90,00 + IVA (€ 108,90)	☐ € 130,00 + IVA (€ 157,30)	☐ € 180,00 + IVA (€ 217,80)
• Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	☐ € 90,00 + IVA (€ 108,90)	☐ € 130,00 + IVA (€ 157,30)	☐ € 180,00 + IVA (€ 217,80)
• Studente/Specializzando *	gratuita		

Quote di iscrizione Workshop

	Entro il 15/05/13	In sede congressuale
• Medico	☐ € 80,00 + IVA (€ 96,80)	☐ € 100,00 + IVA (€ 121,00)

* Gli studenti/specializzandi devono fornire una prova documentata dello status di studente a tempo pieno.

La quota d'iscrizione include:

partecipazione al programma scientifico, kit congressuale, coffee break e lunch, certificato di partecipazione

Totale iscrizione: € _____ + IVA (21%)

Partecipazione Sponsorizzata ☐ SI * ☐ NO

Azienda _____

* Se la partecipazione è sponsorizzata, allegare alla scheda di iscrizione l'invito dell'azienda da Lei controfirmato



MODALITA' DI PAGAMENTO

Prego indicare il metodo di pagamento (tutti i pagamenti devono essere effettuati in euro e al netto delle spese di commissione):

- ☐ Bonifico bancario intestato a Congredior S. R. L., numero di conto 000000004832 - CASSA DI RISPARMIO DI LORETO SPA, CIN T, ABI 06195, CAB 02600 (SWIFT-code CRLOIT3LXXX), IBAN: IT 57 T 06195 02600 000000004832

Causale: "Nome e Cognome del Partecipante" – CONGRESSO SIAATIP

Copia del bonifico deve essere inviata unitamente al modulo di iscrizione

- ☐ Carta di Credito

Intestata a _____

Numero _____

Data di scadenza _____

Io sottoscritto _____ autorizzo la Società Congredior Srl ad effettuare il prelevamento di € _____ (IVA inclusa) dalla mia Carta di Credito sopra indicata, a saldo della quota di iscrizione del Congresso

Firma (leggibile)

Copia del documento di identità deve essere inviata unitamente al modulo di iscrizione

DATI PER LA FATTURAZIONE

La fattura dovrà essere intestata a:

Ragione Sociale o Cognome e Nome _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

La fattura dovrà essere inviata a: _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati forniti sono necessari ai fini dell'invio della comunicazione della iscrizione e della dettagliata documentazione. Il trattamento dei dati è effettuata, oltre che per le finalità sopradette, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche. Si manifesta altresì il proprio consenso ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/03.

Data _____

Firma _____