Corso itinerante 2014 Tomosintesi ... e non solo

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa Konicab srl
Via F. Baracca, 7/E - 40133 Bologna - Tel. 051 385328
Fax 051 311350 - congressi@konicab.it - www.konicab.it

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il ..... Codice Fiscale |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

E-mail ..... Tel. ..... Cell. .....

Residenza: Via ..... N. civico .....

CAP |_|_|_|_|_| Città ..... Prov. .....

Professione ..... Specialistica .....

❑ Libero Professionista ❑ Dipendente ❑ Convenzionato iscritto all'Ordine/Collegio/ASS. prof.le n. .....

Ente .....

Città Ente ..... Prov. .....

QUOTE DI ISCRIZIONE (corsi a numero chiuso, riservati a 50 partecipanti)

Medico chirurgo socio Sezione di Senologia SIRM € 150,00 + iva 22% = € 183,00
Specializzando socio Sezione di Senologia SIRM € 50,00 + iva 22% = € 61,00
La quota comprende: kit congressuale, partecipazione ai lavori scientifici, colazione di lavoro, attestato di partecipazione.

❑ 20 giugno UDINE ❑ 19 settembre MILANO date da definire:
❑ 20 ottobre TORINO ❑ 21 novembre ROMA VERONA, SARZANA (SP), PALERMO

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestare fattura a (Ragione Sociale o Cognome e Nome): .....

Via ..... CAP |_|_|_|_|_| Città ..... Prov. .....

Partiva IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Codice Fiscale |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RICHIESTA DI ESENZIONE IVA (art. 10 c. 20 DPR 637/72)
Gli enti pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione dei propri dipendenti sono tenuti a farne richiesta apponendo il proprio timbro qui a lato. Non sono riconosciute richieste senza timbro e non è possibile richiedere emissione di nota di accredito a pagamento e/o fatturazione già avvenuta

MODALITÀ DI PAGAMENTO (barrare una casella)

❑ Assegno Bancario non trasferibile intestato a Konicab srl di € ..... Numero .....
(SI PREGA DI SPEDIRE L'ASSEGNO ACCOMPAGNATO DALLA SCHEDA D'ISCRIZIONE)

❑ Bonifico Bancario effettuato a favore di: Konicab srl - UniCredit Banca IBAN: IT50K0200802402000101820780
(SI RICHIEDE L'INVIO DI COPIA DEL DOCUMENTO DI PAGAMENTO UNITAMENTE ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE)

❑ Carta di Credito ❑ VISA ❑ CARTASI ❑ MASTERCARD
Carta n. |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| Codice di sicurezza CVV2 (indicato sul retro della carta) |_|_|_|
Titolare della carta ..... Data di scadenza |_|_| |_|_|
Data ..... Firma (obbligatoria per pagamento con Carta di Credito) .....

L'iscrizione verrà finalizzata mediante conferma scritta (e-mail) da parte di Konicab Congressi, contestualmente verrà emessa regolare fattura. Una volta emessa non sarà possibile inoltrare nessuna richiesta di modifica all'intestazione.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE (barrare una casella)

❑ Il sottoscritto dichiara di essere stato iscritto dalla seguente Azienda Sponsor: ..... e di essere consapevole che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3
❑ Il sottoscritto dichiara di NON essere stato iscritto da Azienda Sponsor

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla D.Lgs 30/6/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in particolare art. 18 e 19, per le finalità delle iniziative in corso e/o al fine di aggiornare i partecipanti rispetto a successive iniziative di formazione promosse dall'Azienda. I dati trattati non saranno comunicati o diffusi a terzi. In relazione agli stessi dati, ciascun partecipante ha diritto di conoscere i dati personali oggetto del trattamento, di ottenere l'aggiornamento e/o la rettifica dei dati che lo riguardano, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Data ..... Firma .....