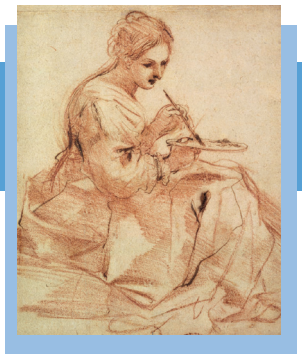

IV CORSO DI AGGIORNAMENTO

ATTUALITÀ NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO

30 settembre - 1 ottobre 2010 - MAGI'900 - Pieve di Cento (Bo)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

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

Istituto/Ospedale .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città ..... Prov. .....

Tel. ..... Fax .....

DATI **OBBLIGATORI** PER ATTRIBUZIONE CREDITI FORMATIVI ECM

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

Professione ..... Specialista in .....

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

Residenza ..... N. civico .....

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

QUOTE DI ISCRIZIONE

L'iscrizione dà diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, coffee break e colazione di lavoro, attestato di partecipazione, atti del congresso multimediali

- ❑ Medico Chirurgo ..... € 150,00 + iva 20% = € 180,00
- ❑ Socio IG-IBD ..... € 50,00 + iva 20% = € 60,00
- ❑ Infermiere Professionale ..... gratuito
- ❑ Specializzando ..... gratuito

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 - Banca CRV IBAN: IT03A0636502401000003110665
- ❑ **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) .....

Informazioni e consenso ex articoli 9, 10, 11 L. 675/96. Il/La sottoscritto/a con firma apposta sulla presente, manifesta il proprio consenso ai sensi degli articoli 11 e 20 L. 675/96, affinché i dati che lo/la riguardano, siano oggetto di tutte le operazioni di trattamento nella lettera d) art. 1 legge citata.

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