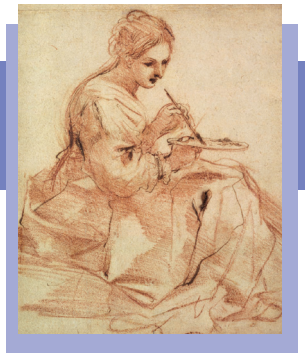

V CORSO DI AGGIORNAMENTO

ATTUALITÀ NELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO

4-5 ottobre 2012 - 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 .....

Nato a ..... il ..... Codice Fiscale

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

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

CAP Città ..... Prov. .....

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

❑ Libero Professionista ❑ Dipendente ❑ Convenzionato

Ente .....

Città Ente ..... 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
❑ Socio IG-IBD ..... gratuito
❑ Infermiere Professionale ..... gratuito
❑ Specializzando ..... gratuito

Gratuito per i dipendenti AUSL provincia di Ferrara

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 Popolare dell'Emilia Romagna IBAN: IT77K0538702422000003110665
(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.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE (BARRARE UNA CASELLA)

❑ Il sottoscritto dichiara di NON essere stato iscritto da Azienda Sponsor

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