

Scheda di iscrizione al Congresso

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Cell. _____ Email. _____@_____

Iscrizione per 3 giorni (Corso ECM + Congresso Nazionale)

ENTRO IL 08/04/2016

<input type="checkbox"/> Socio AIOOrAO PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> € 110,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Ortottista NON SOCIO	<input type="checkbox"/> € 244,00 IVA inclusa

Desidero partecipare al corso (una scelta obbligatoria):

<input type="checkbox"/> Corso 1 ore 14.00 – 18.00	REFRAZIONE OLTRE LA REFRAZIONE
<input type="checkbox"/> Corso 2 ore 14.00 – 18.00	RIABILITAZIONE ORTOTTICA SPECIALIZZATA

Iscrizione per 2 giorni (Congresso Nazionale)

ENTRO IL 08/04/2016

DOPO IL 08/04/2016

	ENTRO IL 08/04/2016	DOPO IL 08/04/2016
<input type="checkbox"/> Socio AIOOrAO PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> € 85,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 122,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Socio AIOOrAO STUDENTE	<input type="checkbox"/> € 43,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 61,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> € 171,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 207,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Ortottista NON SOCIO	<input type="checkbox"/> € 207,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 244,00 IVA inclusa

La quota di iscrizione da diritto a: Materiale Congressuale, Crediti ECM (qualora si frequenti il 100% dei Corsi e si superi il test), partecipazione ai lavori, coffee break

FATTURAZIONE e PAGAMENTO:

Fattura intestata a **me stesso/a** C.F./ P.I. _____

Fattura intestata ad **Azienda Privata** - dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

Fattura intestata ad **Azienda Pubblica** – dati per il pagamento e la fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

CODICE UNIVOCO AZIENDALE _____ MAIL (pec) _____

Nel caso di fattura e pagamento ricevuto da Azienda Pubblica, prima di effettuare l'iscrizione Vi preghiamo di contattare la Segreteria Organizzativa 0942.24293. Grazie

Esigenze particolari riguardo la fatturazione (intestazioni, descrizione, esenzione IVA, etc.) andranno comunicate contestualmente all'iscrizione. Non possono essere effettuate variazioni sulle fatture emesse.

Modalità di pagamento:

Carta di credito : Visa Mastercard Carta SI data scadenza CVC
N°.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Intestata a: _____

per l'importo di € _____ +4% spese bancarie

Assegno bancario n° _____ per l'importo di € _____
Intestato a Centro Organizzazione Congressi

Bonifico bancario intestato a (allegare fotocopia):
Centro Organizzazione Congressi - Monte dei Paschi di Siena
Ag. di Taormina Coordinate IBAN: IT 04 K 01030 82591 000061119690
Il solo bonifico non accompagnato dalla scheda non equivale alla iscrizione.
Verranno prese in considerazione soltanto le schede accompagnate dalla relativa quota di iscrizione.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del (Decreto Legislativo) DL n° 196 del 30 Giugno 2003
I Suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale al fine di documentare la sua partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting organizzati dal Centro Organizzazione Congressi e trattamenti derivanti da obblighi di Legge. I dati saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa, nonché alle competenti Autorità secondo le prescrizioni di legge. Il conferimento dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione al Congresso. Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali ed al loro utilizzo per le finalità sopra indicate.

Sono consapevole che ai fini di ottenere i crediti ECM dovrò frequentare l'evento al 100% e in tal senso ho preso visione dal programma dell'orario di chiusura dell'evento, non insisterò quindi con gli organizzatori ed in caso di necessità prenderò solo l'attestato di partecipazione senza ECM.

Data _____ Firma _____

Da inviare entro il 08/04/2016 a:
Centro Organizzazione Congressi - Via Miss Mabel Hill, 9 - 98039 Taormina (ME)
Tel. 0942.24293 Fax: 0942.24251 - E-mail: centrocongressi@tao.it