scheda di iscrizione

E' possibile effettuare l'iscrizione anche **on-line** tramite il sito ufficiale del Congresso: **www.advancedcongressi.it.** In caso di compilazione manuale, la presente scheda di iscrizione dovrà essere inviata direttamente alla Segreteria Organizzativa a mezzo fax al **n° 07155451**

Compilare in stampatello

I dati richiesti sono indispensabili per l'assegnazione dei Crediti E.C.M.

Cognome _____ **Nome:** _____

Residente in Via _____

Città: _____ **CAP** _____ **Prov** _____

Tel _____

e-mail: _____

Professione (obbligatorio): _____

Disciplina (obbligatorio): _____

Codice fiscale (obbligatorio) | | | | | | | | | | | | | | | | |

Socio A.I.C.O.	☐	€ 70+IVA
Non socio	☐	€ 90+IVA
Non socio+ I° iscrizione A.I.C.O.	☐	€ 110+IVA

La quota di partecipazione comprende:
Kit congressuale - Coffee break
Colazioni di lavoro

bonifico bancario intestato a:
ADVANCED-Banca Popolare dell'Adriatico - Corso Carlo Alberto - Ancona
c/c 07400866686w ABI: 05748 CAB: 02600 CIN: J
Causale del versamento: Congresso AICO + Cognome e Nome dell'iscritto
Si prega di inviare copia della distinta di pagamento al fax 07155451

dati per la fatturazione: (da compilare solo se differenti da quelli indicati nella scheda di iscrizione)

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____ **Città** _____ **CAP** _____

Partita IVA _____

Riservato alle sole Aziende Ospedaliere: richiesta di esenzione IVA (art. 10 D.p.r. 633/72)
Gli Enti Pubblici che desiderano chiedere l'esenzione IVA relativamente al pagamento della quota di iscrizione di propri dipendenti sono tenuti a farne specifica richiesta inviando un fax al N° 071 55451

Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n.196 del 30/06/2003 presto il mio consenso ad Advanced SNC per il trattamento e la comunicazione delle informazioni e dei dati rilasciati. Resta inteso che tali dati facoltativi, che fornisco liberamente, potranno venire liberamente custoditi, elaborati, conservati e registrati presso archivi della società, e potranno essere impiegati esclusivamente per l'invio al Ministero della Salute ai fini del'ottenimento dei Crediti ECM nonché per l'invio di materiale informativo medico-scientifico

I dati potranno essere cancellati a semplice richiesta da inviare ad Advanced SNC - Via San Martino, 25- 60122 Ancona

Data _____ *Firma* _____