

SCHEDA D' ISCRIZIONE

**Giornata di formazione e aggiornamento
NASCITA E SALUTE PRIMALE: ALLINEARE FISIOLOGIA, ASSISTENZA, CULTURA
Giovedì 6 Marzo 2014 Cagliari**

OBBLIGO DI PRE-ISCRIZIONE DEAD LINE 14/02/2014

(Compilare in stampatello o dattiloscivere - Condizione fornitura dei servizi nelle note sul retro)

| | |
|---|---|
| Dati Personali: | Cognome _____ Nome _____ |
| | Indirizzo _____ Cap _____ Città _____ |
| | tel _____ cell _____ e-mail _____ |
| | C.F. _____ (obbligatorio ai sensi del Decreto Legge Bersani 248/06) |
| | Professione _____ Disciplina (specificare per crediti ecm) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Altro _____ presso _____ |
| in qualità di: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Altro _____ | |
| Dati di fatturazione (solo se è richiesta la fattura) : Nome / Azienda _____ | |
| indirizzo _____ Cap _____ Città _____ | |
| P.IVA _____ e Codice Fiscale _____ | |

| Quota d'iscrizione : (*) | entro il 14feb | oltre il 14feb previa disponibilità |
|--|----------------|--|
| <input type="checkbox"/> per Medici Chirurghi Area Interdisciplinare tra cui MMG Medicina Generale, Ginecologi, Neonatologi, Pediatri (con crediti ECM) (**) | 70,00 € | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> per Psicologi, Ostetriche, Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari (con crediti ECM) (**) | 50,00 € | 80,00 € |
| <input type="checkbox"/> per uditori e tutte le altre categorie (senza crediti ECM) | 40,00 € | 70,00 € |
| TOTALE (tutti gli importi sono iva inclusa) | _____, ____ € | |

*I dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196
Si autorizza espressamente Aservice a trattare le informazioni raccolte e inserite nella propria banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata.*

DATA ____/____/ 2013

FIRMA _____
(per conferma di quanto espresso sopra e in nota)

(*),(**) vedi retro

(pagina da non spedire via fax)

(*) **ISCRIZIONE AL CORSO** La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta elettronica o ordinaria oppure via fax alla Segreteria Organizzativa: Aservice Studio Srl Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, tel / fax 070/42.939 segreteria@aservicestudio.com - Orari ufficio (Lun-Gio orario 9-13)

L'ASERVICE STUDIO srl provvederà a registrare l'iscrizione al corso. L'iscrizione include: il Kit congressuale, i Coffee Break , l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti.

In merito alle iscrizioni a carico di ASL e Aziende Ospedaliere qualora l'ASL/AO non fosse in grado di inviare il pagamento unitamente alla scheda d'iscrizione, la quota dovrà comunque essere anticipata dal partecipante. La relativa fattura quietanzata verrà intestata alla ASL/AO.

(**) **Crediti ECM** Si ricorda che per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti al percorso formativo, ogni partecipante dovrà frequentare il 100% dell'orario previsto; compilare la scheda anagrafica; compilare i questionari di apprendimento ECM E' cura di ogni partecipanti verificare la corretta consegna della modulistica per l'accreditamento alla Segreteria Organizzativa

Emissione ricevuta I partecipanti riceveranno la ricevuta in sede corsuale oppure entro 30gg dalla data dell'evento via post ordinaria

Fatturazione A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 233/06 del 04/07 (L. 248/06 del 04/08/06), è necessario indicare i propri dati anagrafici, prestando particolare attenzione al Codice Fiscale e/o Partita Iva. L'indicazione del codice fiscale corretto è tassativa; in assenza, l'iscrizione non potrà ritenersi valida.

MODALITA' DI PAGAMENTO

E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate intestato ASERVICE STUDIO srl via Machiavelli 136, 09131 Cagliari P. IVA e CF 03292940925 tel/fax +39 070 42939 - segreteria@aservicestudio.com - www.aservicestudio.com

Mediante bonifico bancario **IBAN IT79N0305904828100000001000**

Banca di Credito Sardo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione corso LLL 6mar) Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie, che dovranno essere totalmente a carico dell'ordinante.

RINUNCE

Le rinunce che perverranno ad ASERVICE STUDIO entro il 31 Gennaio daranno luogo al rimborso della quota. Per le rinunce che perverranno dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Le pratiche di rimborso saranno evase dopo il corso.

INFORMAZIONI Aggiornamenti sul sito dedicato all'evento www.aservicestudio.com