

SCHEDA ISCRIZIONE
8° CORSO REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE
 5-6 Giugno 2014 Thotel Cagliari

Dead line 29 Maggio 2014 (Compilare in stampatello o dattiloscrittore)

Iscrizione a numero chiuso fino ad esaurimento dei posti disponibili. Barrare le proprie scelte. **PRE-ISCRIZIONE OBBLIGATORIA**

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"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> Tecnico di radiologia <input type="checkbox"/> Specializ <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 _____		

1. Quota iscrizione(*)	entro 29/05	oltre 29/05
<input type="checkbox"/> MEDICI in regola con la quota associativa 2014 Federdolore-Sicd 2014 (quota 30,00 €). La quota associativa potrà essere pagata esclusivamente in sede corsuale con rilascio della ricevuta Federdolore-sicd (iva esente)	100,00	150,00
<input type="checkbox"/> ALTRE CATEGORIE in regola con la quota associativa 2014 Federdolore-Sicd 2014 (quota 10,00 €). La quota associativa potrà essere pagata esclusivamente in sede corsuale con rilascio della ricevuta Federdolore-sicd (iva esente)	50,00	150,00
<input type="checkbox"/> NON ISCRITTI Federdolore-Sicd . Per tutte le categorie Pagamento mediante bonifico con rilascio della fattura (iva inclusa)	400,00 €	500,00 €
2. Precisare il proprio percorso formativo		
<input checked="" type="checkbox"/> Percorso A (ecm per Medici, Infermieri e Farmacisti) IL DOLORE CRONICO E PERSISTENTE Chiuso <input type="checkbox"/> Percorso B (ecm per Medici, Infermieri e Farmacisti) IL DOLORE CRONICO E ACUTO INTRA-OSPED		
3. Altri servizi EXTRA non compresi nell'iscrizione		
<input type="checkbox"/> Prenotazione lunch del 6giu ore 13.00 (buffet Thotel). Pagamento mediante bonifico con rilascio fattura (iva inclusa)	30,00 €	prenotare entro il 29/05
TOTALE 1 + 3 (tutti gli importi sono iva inclusa - se dovuta)	_____, ____ €	

La/il sottoscritta/o dichiara di NON essere stato invitato da Aziende Sponsor OPPURE La/il sottoscritto dichiara di essere edotto che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che per questo percorso formativo è stato invitato dalla seguente Azienda Sponsor: _____

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sottola propria responsabilità dichiara che non vi sono impedimenti da parte del proprio ente di appartenenza alla partecipazione dell'evento di cui sopra e che ciò non è in conflitto con i propri doveri d'ufficio ed orari di lavoro. Aservice studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo. I suoi dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196)

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

(*) **ISCRIZIONE AL CORSO** La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta elettronica o ordinaria o fax alla Segreteria Organizzativa: Aservice Studio Srl Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, tel / fax 07042939 segreteria@aservicestudio.com www.aservicestudio.com
Orari apertura ufficio (Lun, Mar, Mer, Gio 9-13) L'ASERVICE STUDIO srl provvederà a registrare l'iscrizione al corso. L'iscrizione include: il Kit congressuale, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. Non sono inclusi i servizi "colazione di lavoro".
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. Eventuali richieste di esenzione IVA per fatturazioni intestate a Enti Pubblici ai sensi dell'art. 10, comma 20, D.P.R. 633/72 saranno riconosciute per la quota di iscrizione e se perverrà contestualmente alla scheda d'iscrizione, **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 **Modalità pagamento** E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario: **IBAN IT79N0305904828100000001000** Banca di Credito Sardo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione NOME corso DOLORE) 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 20gg dalla data dell'evento 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**