

**GIORNATA DI STUDIO SIMFER SARDEGNA 2015  
GESTIONE RIABILITATIVA DEL PAZIENTE AMPUTATO**

17e18 Aprile 2015 Cagliari

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

<b>Dati Personali:</b>	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) _____
	presso _____ in qualità di: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero profess. <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 d'iscrizione per la singola giornata (*):	entro il 10 Apr	
<input type="checkbox"/> per Medici (iscritti SIMFER) (con crediti ECM) (**)	120,00 €	
<input type="checkbox"/> per Medici ( <u>NON</u> iscritti SIMFER) (con crediti ECM)(**)	150,00 €	
<input type="checkbox"/> per Professionisti della Riabilitazione ( Fisioterapisti, Infermieri, etc) . Vedi elenco delle professioni accreditate in brochure (con crediti ECM)(**)	100,00 €	
<input type="checkbox"/> per Specializzandi e studenti e altre categorie (senza crediti ecm) (**)	30,00 €	
La Segreteria si riserva di comunicare via mail l'eventuale <u>non disponibilità</u> (iscrizione a numero chiuso).		
2. Altri servizi di ristorazione	oltre il 10 Aprile previa disponibilità	
<input type="checkbox"/> Prenotazione <b>lunch</b> del 18 Apr ( servizio a buffet)	25,00 €	30,00 €
<b>TOTALE 1 + 2</b> (tutti gli importi sono iva inclusa)	_____, ____ €	

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. A service studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo. 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 A service a trattare le informazioni raccolte e inserite nella propria banca dati, nonché l'utilizzo delle stesse per finalità legate all'attività esercitata.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

( 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](mailto: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 se previsti , l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. Non sono inclusi i servizi catering "colazione di lavoro". 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.

(\*\*) Attenzione: La Segreteria Organizzativa si riserva di comunicare via mail l'eventuale non disponibilità (iscrizione a numero chiuso).

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 via mail entro 30gg dalla data dell'evento

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:

- A. Bonifico bancario alle seguenti coordinate: **IBAN IT62U0306904856100000001000**  
Banca Intesa Sanpaolo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl  
(causale: iscrizione **SIMFER 17-18apr**)  
Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie, che dovranno essere totalmente a carico dell'ordinante.
- B. Assegno bancario NON TRASFERIBILE intestato ASERVICE STUDIO SRL (da spedire accompagnato dalla scheda di iscrizione)

**RINUNCE** Le rinunce che perverranno ad ASERVICE STUDIO entro il 17 Marzo 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](http://www.aservicestudio.com)