

SCHEDE ISCRIZIONE
9° CORSO REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE
5 Giugno 2015 Thotel Cagliari

(Compilare in stampatello o dattiloscivere)

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) _____	
	☐ Medico ☐ Farmacista ☐ Infermiere ☐ Fisioterapista ☐ Biologo ☐ Tecnico di radiologia ☐ Specializ ☐ Altro	
	presso _____ in qualità di: ☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐ Libero prof. ☐ Altro	
Dati di fatturazione (solo se è richiesta la fattura) : Nome / Azienda _____		
indirizzo _____ Cap _____ Città _____		
P.IVA _____ e Codice Fiscale _____		

1. Quota iscrizione(*)	entro 28/05	oltre 28/05
☐ MEDICI in regola con la quota associativa 2015 Federdolore-Sicd 2015 (quota 30,00 €). La quota associativa potrà essere pagata esclusivamente in sede corsuale con rilascio della ricevuta Federdolore-sicd (iva esente)	50,00 €	80,00 €
☐ ALTRE CATEGORIE in regola con la quota associativa 2015 Federdolore-Sicd 2015 (quota 10,00 €). La quota associativa potrà essere pagata esclusivamente in sede corsuale con rilascio della ricevuta Federdolore-sicd (iva esente)	30,00 €	50,00 €
☐ NON ISCRITTI Federdolore-Sicd . Per tutte le categorie Pagamento mediante bonifico con rilascio della fattura (iva inclusa)	200,00 €	300,00 €
☐ Specializzandi e studenti	Ingresso gratuito con pre-iscrizione	////////
2. Precisare il proprio percorso formativo		
☐ Percorso A (ecm per Medici, Infermieri e Farmacisti) IL DOLORE CRONICO E PERSISTENTE		
☐ Percorso B (ecm per Medici, Infermieri e Farmacisti) IL DOLORE ACUTO		
3. Altri servizi EXTRA non compresi nell'iscrizione		
☐ Prenotazione lunch del 5giu ore 13.00 (buffet Thotel). Pagamento mediante bonifico con rilascio fattura (iva inclusa)	30,00 €	prenotare entro il 28/05
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 070498613 / fax 07042939 posta@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". 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 IT62U0306904856100000001000 Banca di Credito Sardo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione NOME corso DOLORE) . In caso di richiesta di fattura elettronica occorre provvedere alla copertura dei costi pari a 15,00 iva inclusa. 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**