

SCHEDA DI ISCRIZIONE Evento formativo VIVERE E INVECCHIARE CON L'AIDS

Venerdì 27 Novembre 2015 - T hotel Cagliari - inviare iscrizione fax 070/42939

(Compilare in stampatello o dattiloscrittore)

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"/> Biologo <input type="checkbox"/> Psicologo <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 _____	
(I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06-2003, n° 196)	

1. Quota d'iscrizione (*)	ISCRIZIONE entro il 20-11	ISCRIZIONE oltre 20-11
<input type="checkbox"/> Iscrizione per Medici (con crediti ecm)	35,00 €	50,00 €
<input type="checkbox"/> Iscrizione per Infermieri, Fisioterapisti, Biologi, Farmacisti, Psicologi (con crediti ecm)	25,00 €	50,00 €
<input type="checkbox"/> Altre categorie (<u>senza</u> crediti ecm)	25,00 €	////////
<input type="checkbox"/> Iscrizione per Specializzandi e Studenti (<u>senza</u> crediti ecm)	gratuito	////////
2. Servizi Catering		
<input type="checkbox"/> Colazione di lavoro del 27nov presso catering T hotel	30,00 €	35,00 €
(tutte le voci sono iva inclusa) totale 1+2		_____, ____ €

X 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, sotto la 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 forniti 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. 070/498613 fax 070/42939 posta@aservicestudio.com www.aservicestudio.com Apertura ufficio (dal Lun, Mar,Mer,Gio orario 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". Iscrizione a numero chiuso. 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 90% 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 Intesa San Paolo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione NOME e COGNOME corso AIDS) 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 14gg 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. Aggiornamenti, informazioni e modulistica su **www.aservicestudio.com**