

SCHEDA ISCRIZIONE
11° CORSO REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE
 7-8 Aprile 2017 Sala Conferenze Surrau, Arzachena
 inviare a posta@aservicestudio.com

Modello 02 AIMOS
 Revisione del
 07/01/2016

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

Dati Personali:	Cognome _____ Nome _____ cell _____
	Indirizzo _____ Cap _____ Città _____
	e-mail _____ C.F. _____ (obbligatorio DL 248/06)
	Professione _____ Disciplina (specificare per crediti ecm) _____ <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro 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 diversa dai dati personali) : Nome / Azienda _____ indirizzo _____ Cap _____ Città _____ P.IVA _____ e Codice Fiscale _____	

1. Quota d'iscrizione (*)	entro il 23/03/2017	oltre il 23/03/2017 previa disponibilità
<input type="checkbox"/> MEDICI (con crediti ECM) (**)	50,00 €	100,00 €
<input type="checkbox"/> FARMACISTI, INFERMIERI E ALTRE FIGURE (con crediti ECM)(**)	30,00 €	60,00 €
<input type="checkbox"/> per Specializzandi e Studenti (senza crediti ecm) Ingresso riservato a max n° 20 partecipanti (**)	Iscrizione gratuita con pre-iscrizione	////////
2. Altri servizi catering	entro il 23/03/2017	oltre il 23/03/2017
<input type="checkbox"/> Prenotazione lunch del 08 Apr	45,00 €	//////////
TOTALE 1 + 2 (tutti gli importi sono iva inclusa)	_____, ____ €	

La/il sottoscritta/o dichiara di NON essere stato invitato da Aziende Sponsor oppure La/il sottoscritta/o 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 dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06-2003, n° 196Si 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 ____/____/____

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

DETTAGLI ORGANIZZATIVI

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

(*) ISCRIZIONE AL CONGRESSO

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. 070/498613 fax 070/42939 posta@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, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. NON è incluso il servizio catering "colazione di lavoro" del 08/04. 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 partecipante verificare la corretta consegna della modulistica per l'accreditamento alla Segreteria Organizzativa.

Fatturazione I partecipanti riceveranno la fattura via mail entro 30gg dalla data del proprio bonifico. 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. In caso di richiesta di fattura elettronica occorre provvedere alla copertura dei costi pari a 15,00 € iva esclusa.

MODALITA' DI PAGAMENTO

E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate: **IT62U0306904856100000001000**
BIC: **BCITITMM** Banca Intesa Sanpaolo - Filiale - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione 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 23/03/2017 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 a chiusura del corso entro 30gg.

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

con la presente autorizzo AIMOS Provider Nazionale - in qualità di soggetto promotore dell'attività in sinergia con Aservice Studio srl (www.aservicestudio.com) - in qualità di soggetto esecutore dei servizi - ad inserire i miei dati nella MAIL LIST dedicata all'informazione e promozione dei prossimi eventi.

con la presente manifesto l'adesione dell'Associazione AIMOS Provider Nazionale in qualità di socio-sostenitore. In qualità di partecipante a questo l'evento formativo l'adesione all'Associazione è GRATUITA.

I dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06-2003, n° 196Si 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 ____/____/____

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

NB per l'iscrizione al corso inviare solo la prima pagina, solo se si desidera aderire gratuitamente all'Associazione AIMOS Provider Nazionale ECM e ricevere informazioni per le prossime iniziative in programma, inviare anche la seconda pagina controfirmata via fax al numero 070/42939