

SCHEDA DI ISCRIZIONE
LA VITAMINA D: MITO E REALTÀ ALLA LUCE
DELLE PIÙ RECENTI ACQUISIZIONI SCIENTIFICHE

Sabato 3 Marzo 2018 Caesar's Hotel, Cagliari

Iscrizione SOLO PER MEDICI e FARMACISTI
Per le altre categorie è attiva la LISTA D'ATTESA, scrivi a posta@aservicestudio.com
 (Compilare in stampatello o dattiloscrittore) inviare a **posta@aservicestudio.com**

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

1. Quota d'iscrizione (*)	ISCRIZIONE entro il 20-02	ISCRIZIONE oltre 20-02
<input type="checkbox"/> Iscrizione MEDICI e FARMACISTI (con crediti ecm)	gratuita	50,00 €
<input type="checkbox"/> Iscrizione Specializzandi, studenti e altre categorie senza ECM	ingresso gratuito con obbligo di pre-iscrizione	
2. Servizi Catering		
<input type="checkbox"/> Colazione di lavoro (Grand Buffet Caesar's Hotel)	25,00 €	30,00 €
(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, 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 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/fax **070/42939** posta@aservicestudio.com www.aservicestudio.com Apertura ufficio (dal Lun, Mar, Mer, Gio orario 9-12)

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**. 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. **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 Intesa San Paolo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione NOME e COGNOME corso VITAM D 3mar). 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**