

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**Evento formativo VIVERE E INVECCHIARE CON L'AIDS: QUALI PROSPETTIVE**  
 Martedì 1 Dicembre 2009 - T hotel Cagliari

(Compilare in stampatello o dattiloscivere)

|                       |                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dati Personali</b> | Cognome..... Nome ..... Professione ...../ Spec .....<br>Indirizzo ..... Cap ..... Città.....<br>C.F. .... tel..... fax .....<br>cell ..... <b>e-mail</b> ..... |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dati di fatturazione:</b> Nome / Azienda.....<br>Indirizzo ..... Cap ..... Città..... P.IVA. .... |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(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<br>entro il 27-11     | ISCRIZIONE<br>oltre 27-11        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Iscrizione per <b>Medici</b> ( con crediti ecm)                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 30,00 € | <input type="checkbox"/> 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> Iscrizione per <b>Operatori Sanitari</b> ( con crediti ecm)                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 20,00 € | <input type="checkbox"/> 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> Iscrizione per Specializzandi e altre categorie ( <u>senza</u> crediti ecm)                                                                                     | <input type="checkbox"/> 10,00 € | <input type="checkbox"/> 50,00 € |
| <b>2. Servizi Catering</b>                                                                                                                                                               |                                  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Colazione di lavoro del 1dic presso catering T hotel                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 15,00 € | <input type="checkbox"/> 30,00 € |
| <b>3. Prenotazione alberghiera</b>                                                                                                                                                       |                                  |                                  |
| camera <input type="checkbox"/> doppia uso singola ( 150,00 euro a notte)<br><input type="checkbox"/> doppia ( 180,00 euro a notte)<br>IN ___/ 11/2009 OUT ___ /12/2009 T hotel Cagliari | _____, _____ €                   |                                  |
| (tutte le voci sono iva inclusa) <b>totale 1+2+3</b>                                                                                                                                     |                                  |                                  |
| <input type="checkbox"/> FATT. oppure <input type="checkbox"/> RICEV.                                                                                                                    | _____, _____ €                   |                                  |

(\*) La quota di iscrizione include: il Kit congressuale, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta ordinaria o via fax alla Segreteria Organizzativa. Iscrizione a numero chiuso  
 Accredito richiesto per n° 66 Medici Area Interdisciplinare e n° 66 Operatori Sanitari )

**Aservice - Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, Tel/Fax 070. 42.939**  
**( Lun,Mar,Mer,Gio orario 9-13) - e-mail: [aservice.segreteria@virgilio.it](mailto:aservice.segreteria@virgilio.it)**

Informazioni e modulistica su **[www.aservicestudio.it](http://www.aservicestudio.it)**

Non è previsto alcun rimborso per cancellazioni d'iscrizioni. Eventuali sostituzioni potranno essere effettuate per iscritto. E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate:

**IBAN IT4610567604805000003050399** intestato ASERVICE Agenzia 3 Banca di Sassari - Cagliari ( causale : iscrizione corso VIVERE CON AIDS 1dic 2009)

DATA .....

FIRMA .....