

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Evento formativo **VIVERE E INVECCHIARE CON L'AIDS: IL VIAGGIO CONTINUA**

Mercoledì 1 Dicembre 2010 - T hotel Cagliari

(Compilare in stampatello o dattiloscivere)

Personali	Cognome..... Nome Professione/ Spec Indirizzo Cap Città..... C.F. tel..... fax cell e-mail
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dati di fatturazione: Nome / Azienda _____ 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 entro il 26-11	ISCRIZIONE oltre 26-11
<input type="checkbox"/> Iscrizione per Medici (con crediti ecm)	<input type="checkbox"/> 30,00 €	<input type="checkbox"/> 50,00 €
<input type="checkbox"/> Iscrizione per Operatori Sanitari (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 €
<input type="checkbox"/> Iscrizione studenti	gratuito	
2. Servizi Catering		
<input type="checkbox"/> Colazione di lavoro del 1dic presso catering T hotel	<input type="checkbox"/> 20,00 €	<input type="checkbox"/> 30,00 €
(tutte le voci sono iva inclusa) totale 1+2	_____,____ €	
<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

Accreditamento richiesto per n° 66 Medici Area Interdisciplinare e n° 66 Operatori Sanitari)

Aservice Studio srl - Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, Tel/Fax 070/ 42939
 (Lun,Mar,Mer,Gio orario 9-13) - e-mail: segreteria@aservicestudio.com

Informazioni e modulistica su www.aservicestudio.com

Non è previsto alcun rimborso per cancellazioni d'iscrizioni. Eventuali sostituzioni potranno essere effettuate per iscritto entro il 26/11.

E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate:

IBAN IT43V0567604805000070052684 intestato ASERVICE STUDIO SRL Agenzia 3 Banca di Sassari - Cagliari
 (causale: iscrizione corso VIVERE CON AIDS 2010)

DATA

FIRMA