COMBINED MULTIMODALITY DIAGNOSIS OF BREAST DISEASES AND HANDS-ON SCREENING COURSE

Torino - 14-16 DICEMBRE 2015

MEI
Mammography Education, Inc.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa **Konicab** srl - Via delle Fragole, 15²/D - 40137 Bologna
Tel. 051 385328 - Fax 051 311350 - congressi@konicab.it - www.konicab.it

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il ..... Codice Fiscale

E-mail ..... Tel. ..... Cell. .....

Residenza: Via ..... N. civico .....

CAP Città ..... Prov. .....

Professione ..... Disciplina .....

❑ Libero Professionista ❑ Dipendente ❑ Convenzionato ❑ Iscritto all'ordine / collegio / ass. prof.le n. .....

Ente .....

Città Ente .....

QUOTA DI ISCRIZIONE

L'iscrizione dà diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, colazione di lavoro, coffee break, attestato di partecipazione

❑ ***Medico Chirurgo*** **€ 750,00 + € 10,00 di spese**

❑ ***Specializzando*** **€ 650,00 + € 10,00 di spese**

IMPORTANTE: chi desidera ricevere fattura anziché ricevuta deve aggiungere alla quota di iscrizione il corrispettivo dell'IVA vigente.

DATI PER LA FATTURAZIONE

Intestare fattura a (Ragione Sociale o Cognome e Nome): .....

Via ..... CAP Città ..... Prov. .....

Partiva IVA Codice Fiscale

RICHIESTA DI ESENZIONE IVA (art. 10 c. 20 DPR 637/72)
Gli enti pubblici che desiderano richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota di iscrizione dei propri dipendenti sono tenuti a farne richiesta apponendo il proprio timbro qui a lato.
Non sono riconosciute richieste senza timbro e non è possibile richiedere emissione di nota di accredito a pagamento e/o fatturazione già avvenuta

MODALITÀ DI PAGAMENTO (barrare una casella)

❑ **Assegno Bancario** non trasferibile intestato a Konicab srl di € ..... Numero .....
(si prega di spedire l'assegno accompagnato dalla scheda d'iscrizione)

❑ **Bonifico Bancario** effettuato a favore di: Konicab srl - UniCredit Banca IBAN: IT50K0200802402000101820780

❑ **Carta di Credito** ❑ VISA ❑ CARTASI ❑ MASTERCARD

Carta n. Codice di sicurezza CVV2 (indicato sul retro della carta)

Titolare della carta ..... Data di scadenza

Data ..... Firma (obbligatoria per pagamento con Carta di Credito) .....

L'iscrizione verrà finalizzata mediante conferma scritta (e-mail) da parte di Konicab Congressi, contestualmente verrà emessa regolare fattura.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE (barrare una casella)

❑ Il sottoscritto dichiara di NON essere stato iscritto da Azienda Sponsor

❑ Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che è stato iscritto dalla seguente Azienda Sponsor: .....

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla D.Lgs 30/6/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in particolare art. 18 e 19, per le finalità delle iniziative in corso e/o al fine di aggiornare i partecipanti rispetto a successive iniziative di formazione promosse dall'Azienda. I dati trattati non saranno comunicati o diffusi a terzi. In relazione agli stessi dati, ciascun partecipante ha diritto di conoscere i dati personali oggetto del trattamento, di ottenere l'aggiornamento e/o la rettifica dei dati che lo riguardano, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Data ..... Firma .....