



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa Konicab srl
Via delle Fragole 152/E - 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 Specialistica

☐ Libero Professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato iscritto all'Ordine/Collegio/ASS. prof.le n.

Ente

Città Ente Prov.

QUOTE DI ISCRIZIONE (corsi a numero chiuso, riservati a 50 partecipanti)

Medico chirurgo socio Sezione di Senologia SIRM	€ 150,00 + iva 22% = € 183,00
Specializzando socio Sezione di Senologia SIRM	€ 50,00 + iva 22% = € 61,00

La quota comprende: kit congressuale, partecipazione ai lavori scientifici, colazione di lavoro, attestato di partecipazione.

☐ 15 aprile PALERMO ☐ 06 maggio PERUGIA ☐ 16 giugno PAVIA

DATI PER LA FATTURAZIONE

[illegible]

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

☐ Bonifico Bancario effettuato a favore di: Konicab srl - UniCredit Banca IBAN: IT50K0200802402000101820780
(SI RICHIEDE L'INVIO DI COPIA DEL DOCUMENTO DI PAGAMENTO UNITAMENTE ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE)

☐ 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. Una volta emessa non sarà possibile inoltrare nessuna richiesta di modifica all'intestazione.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE (barrare una casella)

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

☐ Il sottoscritto dichiara di NON essere stato iscritto da 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
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100